

**Mestrado em Enfermagem**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**- vertente Nefrológica -**  
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista na**  
**Prática de Ações Paliativas à Pessoa com**  
**Doença Renal Crónica Terminal**

**Ana Isabel de Azeredo Freitas**

**Lisboa, 2016**







**Mestrado em Enfermagem**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**- vertente Nefrológica -**  
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista na**  
**Prática de Ações Paliativas à Pessoa com**  
**Doença Renal Crónica Terminal**

**Ana Isabel de Azeredo Freitas**

Orientador: Professora Doutora Maria Saraiva

**Lisboa, 2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



***"You matter because you are you,  
and you matter to the end of your life.  
We will do all we can, not only to help you die peacefully,  
but also to live until you die."***

Cicely Saunders



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Maria Saraiva pela disponibilidade e orientação.

Aos Enfermeiros Teresa Marques, Lúcia Paixão, Carlos Torgal e Dulce Oliveira  
pela forma como me receberam e orientaram nos seus serviços.

Aos meus colegas de serviço por todo o apoio ao longo deste percurso.

Aos meus colegas da Especialidade por todo o apoio, incentivo e ajuda, em  
particular à Inês Bento que se tornou uma amiga especial.

Aos meus amigos que sempre se mantiveram presentes  
nas minhas ausências.

Por fim, mas nem por isso menos importante, à minha família  
que sempre me ouviu, apoiou e incentivou nesta etapa,  
assim como em todas as etapas da minha vida.

**O meu bem haja a todos...**



## RESUMO

A doença renal crónica tem vindo a ser reconhecida como um problema de saúde pública, não só porque a sua evolução poderá resultar na necessidade de uma TSFR, mas também porque a esta doença estão associadas complicações associadas a outras doenças crónicas. Doentes submetidos a diálise, ou a quem esta tenha sido descontinuada, revelam sintomatologia similar aos doentes com cancro. Tal como Thorsteinsdottir et al. (2012) referem, a prestação de cuidados paliativos à pessoa com DRCT é uma questão pouco ou nada abordada entre os nefrologistas, ou seja, estes doentes não são habitualmente referenciados para a Medicina Paliativa.

Apesar da existência de uma grande escassez de informações no que diz respeito à palição a pessoas com DRCT que interromperam diálise, é fundamental que os enfermeiros de nefrologia tenham conhecimentos e competências respeitantes aos cuidados paliativos por forma a otimizar o cuidado ao doente e a sua experiência de morte (Y. White & Fitzpatrick, 2006).

Partindo da necessidade clara relacionada com a inexistência de enfermeiros especialistas de nefrologia com conhecimentos em Cuidados Paliativos na prestação destes cuidados, propus-me a realizar uma Revisão Sistemática da Literatura no sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre *a prestação de cuidados paliativos à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em fim de vida* para que pudesse responder à questão: **“Que Cuidados Paliativos se podem prestar à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em fim de vida?”**

**Palavras-chave:** Doença Renal Crónica Terminal; Tratamento Conservador; Cuidados Paliativos; Ações Paliativas





## ABSTRACT

Chronic kidney disease has been recognized as a public health problem, not only because its evolution may result in the need for RRT, but also because with this disease are associated complications with other chronic diseases. Patients on dialysis, or to whom it has been discontinued, show similar symptoms to cancer patients. As Thorsteinsdottir et al. (2012) report, the provision of palliative care to people with ESRD is a matter little or nothing discussed between nephrologists, that is, these patients are usually not referred for Palliative Medicine.

Despite the existence of a great lack of information regarding the palliation for people with ESRD who stopped dialysis, it is essential that nephrology nurses have knowledge and skills relating to palliative care in order to optimize patient care and experience death (Y. White & Fitzpatrick, 2006).

From the clear need related to the lack of nephrology nurse specialists with expertise in palliative care in the provision of care, I proposed myself to conduct a systematic review of the literature in order to systematize the state of knowledge *on the provision of palliative care to people with End-stage Renal Disease in end of life* so that I could answer the question: "What is Palliative Care can provide the person with Chronic Kidney disease terminal end of life?"

**Keywords:** End-Stage Renal Disease; Conservative treatment; Palliative care; Palliative actions



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**CLD** – Cateter de Longa Duração

**CP** – Cuidados Paliativos

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DP** – Diálise Peritoneal

**DRC** – Doença Renal Crónica

**DRCT** – Doente/ Doença Renal Crónico(a) Terminal

**EDTNA/ERCA** - *European Dialysis and Transplant Nurses Association/  
European Renal Care Association*

**EC** – Ensino Clínico

**ECCI** – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Ev** - Endovenosa

**HD** – Hemodiálise

**IP** – Intraperitoneal

**KDIGO** – Kidney Disease Improving Global Outcomes

**MP** – Medicina Paliativa

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OS** – Orifício de Saída

**PET** – Teste de Equilíbrio Peritoneal

**PNCP** – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

**PO** – *Per Os*

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RRT** – Renal Replacement Therapy

**RSL** – Revisão Sistemática da Literatura

**SPN** – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**TFG** – Taxa de Filtração Glomerular

**TSFR** – Técnica de Substituição da Função Renal

**UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos

**UMP** – Unidade de Medicina Paliativa

## **ÍNDICE:**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 – QUADRO CONCEPTUAL.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 – A Doença Renal Crónica .....</b>	<b>21</b>
1.1.1 – Evolução da DRC .....	22
1.1.2 – Incidência e prevalência da DRC .....	23
<b>1.2 – O modelo de sistemas de Betty Neuman.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3 – Cuidados Paliativos .....</b>	<b>25</b>
1.3.1 – Evolução histórica.....	25
1.3.2 – Cuidados Paliativos em Portugal.....	26
1.3.3 – Filosofia dos Cuidados Paliativos .....	28
<b>1.4 – Ações Paliativas.....</b>	<b>30</b>
<b>1.5 – A Doença Renal Crónica e os Cuidados Paliativos .....</b>	<b>33</b>
<b>1.6 – A Ética nos Cuidados Paliativos .....</b>	<b>35</b>
<b>2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 – Metodologia .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 – Resultados.....</b>	<b>38</b>
2.2.1 – Avaliação crítica dos estudos .....	43
<b>2.3 – Discussão .....</b>	<b>45</b>
<b>3 – ATIVIDADES NOS ENSINOS CLÍNICOS.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 – Ensino Clínico no serviço de Nefrologia - Diálise Peritoneal - em     dois Hospitais Centrais de Lisboa (A e B).....</b>	<b>47</b>
3.1.1 – Descrição das Atividades .....	48
3.1.2 – Reflexão Crítica .....	49
3.1.3 – Avaliação .....	57
<b>3.2 – Ensino Clínico na Unidade de Medicina Paliativa de um Hospital     Central de Lisboa .....</b>	<b>58</b>
3.2.1 – Descrição das Atividades .....	58
3.2.2 – Reflexão Crítica .....	59
3.2.3 – Avaliação .....	63
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Avaliação do Ensino Clínico “Diálise Peritoneal” – Hospital A e Hospital B

**Anexo II** – Certificado de participação e aproveitamento na formação “A Prática do Cuidar em Medicina Paliativa”

**Anexo III** – NECPAL CCOMS-ICO© Tool

**Anexo IV** – Autorização de aplicação do questionário aos enfermeiros do serviço de Hemodiálise

**Anexo V** – Avaliação do Ensino Clínico “Medicina Paliativa”

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Formação em Contexto de Trabalho “Diálise Peritoneal”

**Apêndice II** – Avaliação da formação em contexto de trabalho “Diálise Peritoneal”

**Apêndice III** – Folhetos informativos

**Apêndice IV** – Estudo de Caso

**Apêndice V** – Apresentação/Discussão do Estudo de Caso em Contexto de Trabalho

**Apêndice VI** – Apoios na Comunidade

**Apêndice VII** – Questionário aos enfermeiros do serviço de Hemodiálise

**Apêndice VIII** – Aplicação dos questionários e seus resultados

**Apêndice IX** – Formação em contexto de trabalho “Prática de Ações Paliativas ao DRCT”

## ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

### Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Prognóstico de evolução da DRC.....	22
<b>Figura 2</b> – Número de doentes sob TSFR.....	23
<b>Figura 3</b> – Idade dos doentes que iniciaram uma TSFR .....	24
<b>Figura 4</b> – Percentagem de mortes em doentes que iniciaram uma TSFR.....	24
<b>Figura 5</b> – Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos na doença crónica progressiva.....	29
<b>Figura 6</b> – Algoritmo para seleção dos artigos para a RSL .....	39

### Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Níveis de diferenciação dos Cuidados Paliativos .....	30
<b>Quadro 2</b> – Critérios para a formação da pergunta PICo .....	38
<b>Quadro 3</b> – Estudos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura .....	40





## INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho representa o culminar do processo da aprendizagem na aquisição de competências para a atribuição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo a área específica de intervenção a Enfermagem Nefrológica, e o grau de Mestre em Enfermagem.

Para Tavares (1990) “a existência de um projeto entende-se na medida em que proporciona a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa. A concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do Plano, do Programa, do Projeto”. Na minha prática clínica numa Unidade de Diálise – Hemodiálise, há já dez anos, com alguma frequência me deparo com pessoas com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) em fim de vida e com descontrolo sintomático, nomeadamente a dor. Desta forma surgiram as questões: “Que posso fazer por estes doentes? Porque não participar na referenciação destes doentes para Cuidados Paliativos (CP)? Porque não, eu própria prestar cuidados a estes doentes através de ações paliativas?”.

Apesar da existência de uma grande escassez de informações no que diz respeito à palição a pessoas com DRCT que interromperam diálise, é fundamental que os enfermeiros de nefrologia tenham conhecimentos e competências respeitantes aos cuidados paliativos por forma a otimizar o cuidado ao doente e a sua experiência de morte (Y. White & Fitzpatrick, 2006).

Deste modo, e após a leitura da bibliografia inicial, rapidamente cheguei à conclusão que em Portugal não há qualquer referência à prestação de CP à pessoa com DRCT. Esta percepção, aliada aos conhecimentos que detenho da minha prática clínica onde verifico que estes doentes, em situação de fim de vida, não são referenciados para Cuidados Paliativos deu origem ao problema que define este trabalho. Problema este que, devido à subvalorização das necessidades dos Doentes Renais Crónicos Terminais (DRCT) relativamente a Cuidados Paliativos, me parece merecedor de um estudo mais aprofundado, de uma análise e reflexão.

Assim, o âmbito deste trabalho visa compreender “Quais as competências que o Enfermeiro de Nefrologia deve desenvolver na prática de

ações Paliativas à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em fim de vida?”.

Pretendo também, com este trabalho, contextualizar e descrever as aprendizagens adquiridas e experiências vividas ao longo dos ensinos clínicos e que permitiram o meu desenvolvimento enquanto perita e futura Enfermeira Especialista na área da Enfermagem Nefrológica.

Tal como estabelece a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2010): “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. Deste modo, com o desenvolvimento deste trabalho pretendo atingir os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver competências do Enfermeiro perito na área de intervenção da Nefrologia (estabelecidas pela EDTNA/ERCA - *European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association*);
- Conhecer e desenvolver a prática de ações paliativas ao DRCT associando as competências acima mencionadas e as competências do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Os objetivos traçados tiveram por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011); as competências delineadas pela *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), que considera vitais para o cuidado dos indivíduos com doença renal que apresentam uma grande variedade de problemas, necessidades e comorbidades associadas que afetam a sua qualidade de vida e ainda o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Situação Crónica e Paliativa (Regulamento 188/2015). Foram também considerados os domínios de cuidados de enfermagem definidos por Benner (2001).

Assim, definem-se como objetivos específicos:

1. Ampliar conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados ao doente renal crónico terminal que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;
2. Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área da Diálise Peritoneal (DP) e participar nas intervenções de enfermagem ao DRCT sob esta TSFR;
3. Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área da Medicina Paliativa (MP) e participar nas intervenções de enfermagem ao doente referenciado para CP;
4. Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa em situação crónica e paliativa que favoreça uma correta avaliação das limitações e aplicação das intervenções;
5. Conhecer os recursos do hospital que poderão facilitar a intervenção da Medicina Paliativa ao DRCT;
6. Desenvolver, avaliar e monitorizar intervenções de enfermagem na área dos cuidados paliativos ao DRCT por forma a evitar/reduzir sinais e sintomas de desconforto;
7. Dar a conhecer aos pares as práticas de ações paliativas a efetuar ao DRCT.

Este documento encontra-se dividido em 3 capítulos, enfatizando o quadro conceptual onde exponho o modelo teórico de Enfermagem que me parece mais adequado à problemática abordada, e a metodologia aplicada para a realização do trabalho de investigação, por forma a justificar a minha prática baseada na evidência, enquanto Enfermeira Especialista.

O terceiro capítulo refere-se à reflexão desenvolvida nos diferentes ensinamentos clínicos, abordando as atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição de competências.

Por fim, na conclusão, exponho os aspetos que contribuíram para a minha aprendizagem, assim como as dificuldades sentidas e os fatores facilitadores neste percurso. Nas referências bibliográficas identifico o suporte teórico consultado para a consecução deste documento.

A redação deste trabalho baseou-se nas normas para a realização de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e seguiu as normas da APA e o acordo ortográfico.

## **1 – QUADRO CONCEPTUAL**

Este capítulo está dividido em seis subcapítulos que fundamentam e contextualizam este projeto.

O referencial teórico será sustentado pela teoria de enfermagem de Betty Neuman, cujo Modelo dos Sistemas permite-nos intervir, em Cuidados Paliativos, não só com a pessoa doente, mas com a família e grupo de pessoas como profissionais de saúde.

### **1.1 – A Doença Renal Crónica**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a doença crónica como sendo uma doença de longa duração e geralmente com uma progressão lenta. São doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

As doenças crónicas incapacitantes abrangem hoje cerca de 40 a 45% do total da população portuguesa, sendo que a tendência deste número é de crescimento. São doenças que atingem milhares de cidadãos, não escolhem idade, abrangendo todas as faixas etárias.

A doença renal crónica (DRC) tem vindo a ser reconhecida como um problema de saúde pública, não só porque a sua evolução poderá resultar na necessidade de uma Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR), mas também porque a esta doença estão associadas complicações associadas a outras doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares. Considerando que os doentes nos estádios 4 e 5 da doença têm um risco 100 vezes superior de desenvolver complicações cardiovasculares, a DRC é, cada vez mais, considerada uma doença com um elevado fator de risco de morte e de complicação na presença de outras doenças, como neoplasias ou infeções (Zoccali, Kramer, & Jager, 2010).

Atualmente, a população com DRCT está a aumentar progressivamente nos países em desenvolvimento, sendo a maioria dos doentes idosos, com vários problemas de saúde associados e com comprometimento funcional.

Assim, os nefrologistas deparam-se com situações complicadas sobre quais as melhores opções terapêuticas disponíveis e o que é melhor para cada doente. Sendo a diálise cada vez mais acessível, a oportunidade de fornecer este tratamento não só cria questões como: “a quem deve ser apresentado este tratamento?”, mas também “a quem, caso se justifique, não deve ser iniciado o tratamento?”. No entanto, avaliar um doente apenas pela sua idade, pode levantar sérias questões éticas como a justiça e a equidade. É fundamental que cada indivíduo seja visto de uma forma holística e tendo em conta os seus desejos, qualidade de vida e prognóstico (Murtagh, Spagnolo, Panocchia, & Gambaro, 2010).

### 1.1.1 – Evolução da DRC

Segundo as *guidelines* da Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) para a avaliação e gestão da DRC, esta é definida como uma alteração estruturais ou funcionais do rim, há pelo menos três meses, com implicações para a saúde. A DRC é classificada através da causa, Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e nível de albuminúria (National Kidney Foundation, 2013), tal como é mostrado na figura 1.

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderately increased 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Severely increased >300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Green	Yellow	Orange
	G2	Mildly decreased	60-89	Green	Yellow	Orange
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	Yellow	Orange	Red
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	Orange	Red	Red
	G4	Severely decreased	15-29	Red	Red	Red
	G5	Kidney failure	<15	Red	Red	Red

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

Figura 1 - Prognóstico de evolução da DRC, in Clinical Practice Guidelines (National Kidney Foundation, 2013)

A TFG pode ser estimada através da equação *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) de que, para além de incluir o nível sérico da creatinina, poderá incluir algumas ou todas as seguintes variáveis: idade, género, raça e tamanho corporal (National Kidney Foundation, 2002).

Para este trabalho considera-se, sobretudo, o doente no estágio 5 da doença, sendo que as ações de Cuidados Paliativos poderão começar a ser planeadas em fases mais precoces, como se falará adiante.

### 1.1.2 – Incidência e prevalência da DRC

Em Portugal, no ano de 2014, existiam 18703 doentes sob uma TSFR, sendo a idade média superior a 65 anos (66,37 anos) (figura 2). Neste mesmo ano iniciaram uma TSFR 2473 doentes, sendo que 18,33% tinha idade superior a 85 anos (figura 3). Cerca de 8,96% dos doentes que iniciaram Hemodiálise (HD) em 2014 faleceram nos primeiros 90 dias, sendo a mortalidade, nesse mesmo ano, de 83,22% para doentes com idade superior a 65 anos (figura 4) (SPN, 2015).

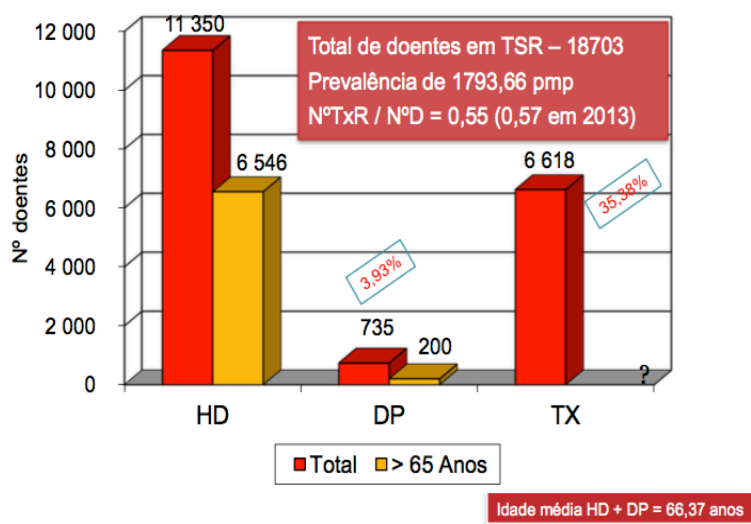


Figura 2 – Número de doentes sob TSFR. Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2015)

## A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prática de Ações Paliativas à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal

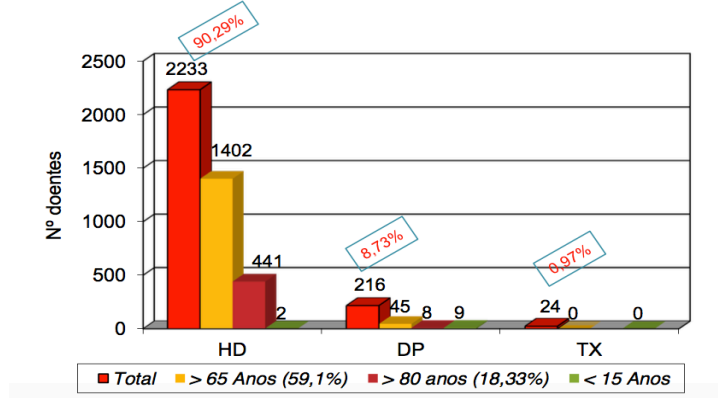


Figura 3 - Idade dos doentes que iniciaram uma TSFR. Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2015)

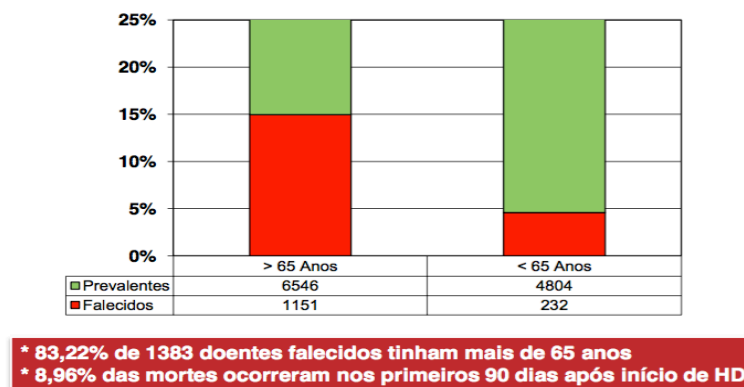


Figura 4 - Percentagem de mortes em doentes que iniciaram uma TSFR.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2015)

### 1.2 – O modelo de sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Neuman, cujos principais componentes são o stress e a reação ao stress, é único na sua perspetiva de sistemas, fornecendo um enfoque unificador na abordagem do sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2011). É um modelo dinâmico e baseia-se no relacionamento contínuo do cliente com fatores de stress ambiental, com potencial para causar uma reação sintomática óbvia ao stress (Neuman & Fawcett, 2011). O Modelo de Sistemas de Neuman apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema do cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Freese, 2004).



Para Neuman a enfermagem, ao relacionar todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress, diz respeito à totalidade da pessoa. Deste modo, e tal como referem Neuman e Fawcett (2011), o objetivo principal da enfermagem é proporcionar bem-estar e um nível de saúde ideal para o cliente, por meio de retenção, obtenção ou manutenção da estabilidade do sistema cliente, sendo que a utilização deste modelo pelo enfermeiro facilita as abordagens dirigidas ao objetivo e holísticas ao cuidar do cliente. O enfermeiro tem uma participação ativa com o cliente e está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos *stressores*.

Os *stressores* são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente e têm o potencial de causar a instabilidade do sistema (George, 2000). Estes podem ser: intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.

A saúde é, neste modelo, um contínuo do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança, em que o bem-estar indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas. Deste modo, a saúde é um estado definível de equilíbrio, no qual os subsistemas estão em harmonia para que o todo possa atingir o seu potencial máximo. O ambiente e a pessoa, são identificados como os fenómenos fulcrais do Modelo de Sistemas de Neuman, sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, isto é, como todas as condições, circunstâncias ou influências, rodeando ou afectando o desenvolvimento da comunidade, que estão dentro e fora dela e que fazem parte do meio ambiente (Fresse, 2004).

### **1.3 – Cuidados Paliativos**

#### **1.3.1 – Evolução histórica**

Os cuidados paliativos não são uma inovação inesperada e surgiram, na sua perspetiva mais moderna, através da combinação entre cuidados clínicos, formação e investigação, no final dos anos 50 e início dos anos 60 do passado século, tendo como pioneira a médica inglesa Cicely Saunders (Capelas, Silva,

Alvarenga, & Coelho, 2014; Marques, 2014). A médica inglesa terá sido confrontada, em 1948, por um doente a morrer de cancro que a desafiou a compreender o adequado tratamento da dor e outros sintomas. Deste desafio resultou a abertura do primeiro *hospice* em Londres, no ano de 1967 – o St. Christopher's Hospice – e que é considerado um marco na inauguração dos Cuidados Paliativos na era moderna e com um objetivo muito claro: “*juntar vida aos dias e não dias à vida*” (Pacheco, 2002). Numa altura em que a medicina se encontrava fortemente centrada na descoberta das causas e cura das doenças, colocando em segundo plano o controlo dos sintomas, Cicely Saunders constatou que a sociedade havia perdido toda e qualquer estratégia de enfrentar a sua própria mortalidade. A partir deste momento a médica inglesa fundou o Movimento Moderno dos *Hospices* e, em 1969, o programa de cuidados paliativos domiciliários que tinha como prioridade a obtenção de novas competências no controlo da dor e de outros sintomas, a compreensão dos variados problemas do doente e família, a formação e a investigação. Começa, então, o desenvolvimento exponencial dos cuidados ao doente em fim de vida que se assim se implementa um pouco por todo o globo.

Nos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) engloba os Cuidados Paliativos nos seus conceitos e promove a necessidade de um programa de cuidados paliativos como cuidados integrantes na abordagem ao doente oncológico.

Já no século XXI a OMS transmite aquela que é, ainda hoje, a definição de cuidados paliativos e elabora importantes documentos com vista a que estes sejam englobados como cuidados a prestar aos indivíduos com doenças crónicas progressivas. Por seu lado, o Conselho da Europa publica *guidelines* e promove os cuidados paliativos, considerando-os como cuidados básicos e necessários.

### 1.3.2 – Cuidados Paliativos em Portugal

Em Portugal a história dos Cuidados Paliativos é ainda muito recente, tendo cerca de 20 anos, apesar de haver documentos relacionados com estes cuidados desde o séc. XVI, e nos quais se pode constatar a tradição em não

abandonar os doentes incuráveis e moribundos e a preocupação pelos seus problemas físicos e psicológicos.

Pode dizer-se que os Cuidados Paliativos, no nosso país, tiveram início em 1992 com a Unidade de Dor do Hospital do Fundão que, num curto período de tempo, acabou por se transformar no Serviço de Medicina Paliativa.

Em 1994 surgiu a primeira Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), no Instituto Português de Oncologia do Porto, constituída por uma valência de consultoria intra-hospitalar e apoio domiciliário. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP - inicialmente denominada como Associação Nacional de Cuidados Paliativos) foi criada em 1995. No ano seguinte, 1996, foi criada a primeira equipa de cuidados paliativos domiciliários, no Centro de Saúde de Odivelas. Cinco anos mais tarde, em 2001, é criada, fora do Serviço Nacional de Saúde, a primeira Equipa de Cuidados Paliativos da Santa Casa da Misericórdia, em Azeitão.

Em 2004 os cuidados paliativos são considerados cuidados essenciais no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, criado pelo Plano Nacional de Saúde para o período de 2004-2010. No entanto este Programa não obteve qualquer efeito prático, tendo sofrido uma reestruturação em 2010.

Em 2006 a APCP elaborou 3 importantes documentos de recomendações: “Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, “Organização de Serviços em Cuidados Paliativos” e “Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos”.

Em 2011 é considerada obrigatória, através do despacho 7968/2011 do Gabinete da Ministra da Saúde, a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde.

A Lei do Testamento Vital (Lei 25/2012, de 16 de julho) e, posteriormente, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei 52/2012, de 5 de setembro) surgiram em 2012 e foram documentos de extrema importância.

### 1.3.3 – Filosofia dos Cuidados Paliativos

Os termos paliar e paliativo derivam, respetivamente, dos termos em latim *palliare* que significa “cobrir com manto” e *pallium* que, metaforicamente, significa “tapar, encobrir, ocultar, disfarçar”. Esta etimologia representa a essência dos cuidados paliativos, ou seja, prover de um manto, cobrindo, aqueles que sentem frio, tal como se ocultam e disfarçam os sintomas de uma doença que a medicina curativa não pode mais tratar por forma a promover o conforto do doente (Twycross, 2001).

Os cuidados paliativos, de cuja equipa multidisciplinar o enfermeiro faz parte desempenhando um papel ímpar e cujo cuidado abrange uma visão holística, constituem numa abordagem com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, ao controlar sintomas, bem como ao ajudar a lidar com questões sociais, psicológicas e espirituais (Saini et al., 2006; M. C. L. Santos, Pagliuca, & Fernandes, 2007; World Health Organization, 2015). Ao enfrentar um problema associado a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio de sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, os Cuidados Paliativos:

- proporcionam alívio da dor e outra sintomatologia angustiante;
- afirmam a vida e referem-se à morte como um processo natural;
- não pretendem adiar ou antecipar a morte;
- integram os aspetos psicológicos e espirituais do atendimento ao doente;
- oferecem um sistema de apoio aos doentes por forma a ajudá-los a viver o mais ativamente possível até à sua morte;
- oferecem um sistema de apoio à família por forma a ajudá-la a enfrentar a doença do seu familiar, bem como no seu próprio luto;
- usam uma abordagem multidisciplinar para melhor responder às necessidades dos doentes e suas famílias, inclusivamente o aconselhamento relacionado com o luto;
- melhoram a qualidade de vida, podendo influenciar positivamente o curso da doença;

- podem ser aplicáveis num estágio precoce da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida;
- incluem investigações necessárias para melhor compreender e gerir angustiantes complicações clínicas (World Health Organization, 2015).

A figura 5 ilustra a continuidade dos cuidados associada aos cuidados curativos e paliativos. O tratamento tende a modificar-se e diminuir ao longo da progressão da doença, enquanto que os cuidados paliativos são intensificados à medida que a pessoa chega ao fim da vida. Os cuidados paliativos fornecem, ainda, suporte para a família durante todo esse período. Após a morte do doente é importante o apoio e aconselhamento no luto para a família e amigos.

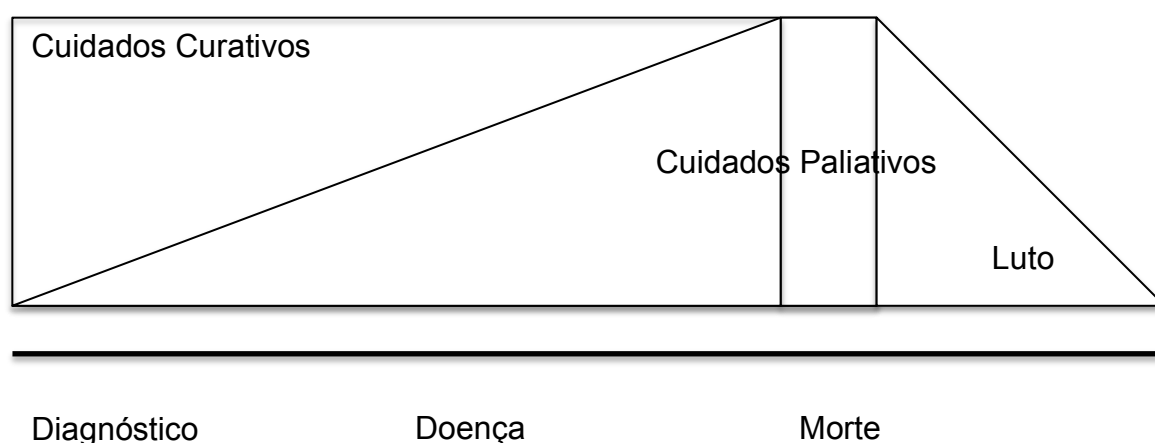


Figura 5 - Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos na doença crónica progressiva, adaptado de *Cancer Control Knowledge into Action - WHO Guide for Effective Programmes Palliative Care* (WHO, 2007)

Até recentemente, os doentes diagnosticados com cancro eram os principais beneficiários de cuidados paliativos. No entanto, um elevado número de estudos têm demonstrado que doentes com falência de órgãos, no seu estágio final, relatam sintomas e abordam questões semelhantes aos dos doentes com tumores.

A medicina paliativa tem como objetivo proporcionar uma boa morte aos seus doentes sendo que na boa morte há ausência de sofrimento evitável e o mínimo de stress causado aos familiares e profissionais de saúde (Cohen, Poppel, Cohn, & Reiter, 2001). Segundo Weisman, citado por Cohen et al.

(2001) uma boa morte é aquela que a pessoa teria se tivesse poder de escolha e que permite a resolução e reconciliação. É consistente com os ideais da pessoa, assim como das suas crenças culturais, situação clínica e de acordo com as questões éticas.

#### 1.4 – Ações Paliativas

Ação Paliativa é toda e qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução (Ministério da Saúde, 2004).

Os cuidados paliativos devem ser planeados de acordo com dos os seus níveis de diferenciação:

<b>Ação Paliativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Representa o nível básico de palição e corresponde à prestação de ações paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas;</li> <li>* Pode e deve ser prestada quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário, no âmbito da Rede Hospitalar, da Rede de Centros de Saúde ou da Rede de Cuidados Continuados.</li> </ul>
<b>Cuidados Paliativos de Nível I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos;</li> <li>* Estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua atividade;</li> <li>* Podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário;</li> <li>* Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.</li> </ul>
<b>Cuidados Paliativos de Nível II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas.</li> </ul>

	* São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual.
<b>Cuidados Paliativos de Nível III</b>	<p>* Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:</p> <p>a) desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos;</p> <p>b) desenvolvem atividade regular de investigação em cuidados paliativos;</p> <p>c) possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência.</p>

Quadro 1 – Níveis de diferenciação de Cuidados Paliativos. Adaptado de “Programa Nacional de Cuidados Paliativos” (Ministério da Saúde, 2004)

Segundo Pulido, Baptista, Brito, & Matias (2010), “os cuidados prestados no fim de vida exigem formação de pessoal técnico e devem constituir um indicador do desempenho dos sistemas de saúde...” uma vez que os profissionais lidam diariamente com doentes com distintas doenças crónicas e, conseqüentemente, necessidades específicas. Como tal ...“justifica-se que médicos e enfermeiros tenham formação especializada de forma sistemática” (idem). Esta é um dos pilares básicos para o desenvolvimento destes mesmos cuidados. Sendo o seu objetivo máximo permitir conhecimentos para a ação paliativa e ainda reconhecer o encaminhamento adequado dos doentes para os diferentes níveis de Cuidados Paliativos (Serviço Nacional de Saúde, 2010), uma formação adequada deverá ser uma realidade “no sentido de melhorar os conhecimentos, competências e perícias, mas também as atitudes, pois são estas que mais claramente influenciam a mudança” (Barbosa & Neto, 2010).

O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) apresenta o conceito de ação paliativa como nível básico de palição, referindo ainda que este tipo

de intervenção é imprescindível “...nos serviços com elevada frequência e prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida limitado, como são os cuidados de saúde primários, os serviços de oncologia, de medicina interna, unidades da dor, unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)” (Ministério da Saúde, 2010, p.12-13). No entanto, tal como já foi apresentado, vários fatores têm dificultado o desenvolvimento de ações paliativas nestes contextos, mais concretamente nos serviços de nefrologia. Desta forma, é necessário que se criem condições para o desenvolvimento deste tipo de ações, em contextos onde notoriamente se contestam e reivindicam este tipo de necessidades.

Como ações paliativas passíveis de serem realizadas, apresentam-se de seguida intervenções extrapoladas de um trabalho de investigação, tal como foram operacionalizadas e obtidas após entrevistas a um grupo de peritos (Barroso, 2010, p.76): “Controlo de Sintomas – Reconhecer”; “Controlo de Sintomas – Avaliar”; “Controlo de Sintomas – Monitorizar”; “Controlo de Sintomas – Tratar”; “Comunicação”; “Apoio à Família”; “Apoio à referenciação para equipas de cuidados paliativos”; “Registo das ações paliativas desenvolvidas”; “Prescrição de terapêutica adequada aos cuidados paliativos”; “Promoção da prescrição de terapêutica adequada aos cuidados paliativos”; “Apoio na fase agónica”; “Escolha da via de administração de fármacos mais adequada”; “Medidas não farmacológicas”.

Barbosa & Neto (2010) sugerem também medidas necessárias a implementar com vista a desenvolver ações paliativas que complementam as nomeadas anteriormente. São exemplos disso: a formação de todos os profissionais de saúde, a adoção de protocolos de abordagem sintomática, a avaliação de sintomas e sua monitorização, alterações no espaço físico das instituições, para que a família possa participar ativamente na prestação de cuidados. Fomentam, ainda, a importância da ...“promoção e estabelecimento da continuidade dos cuidados; implementação de um efetivo trabalho em equipa multi e interdisciplinar, com reuniões regulares de discussão dos problemas dos doentes, família e da própria equipa...” (Barbosa & Neto, 2010, p.795).



## 1.5 – A Doença Renal Crónica e os Cuidados Paliativos

Segundo Chandna, Schuiz et al. (1999), citada por Noble & Rees (2006) as pessoas com DRCT vão inevitavelmente morrer se não se iniciar uma TSFR. No entanto, para doentes com um elevado nível de comorbidades e dependência funcional, a realização de uma TSFR pode ser difícil e dolorosa, e a esperança de vida, mesmo quando se inicia diálise, pode ser medida em meses. Para JB Levy, JE Chambers, Brown EA (2004), citados por Noble & Rees (2006) não haverá nenhum benefício em iniciar diálise para aqueles indivíduos cuja esperança de vida é muito baixa.

Deste modo, e como resposta ao envelhecimento da população e a tendência crescente para dialisar pessoas cada vez mais idosas e mais doentes, o interesse pelas técnicas não dialíticas alternativas para o último estágio da DRC também está a aumentar, admitindo-se agora que os doentes têm o direito de recusar iniciar diálise, nomeadamente os doentes muito idosos e/ou com pesadas comorbidades (O'Connor & Kumar, 2012).

Assim, doentes submetidos a diálise, ou a quem esta tenha sido descontinuada, também revelam sintomatologia similar aos doentes com cancro. Não existem, no entanto, dados sobre a prevalência ou gravidade da sintomatologia dos doentes sem qualquer TSFR. Tal como Thorsteinsdottir et al. (2012) referem, a prestação de cuidados paliativos à pessoa com DRCT é uma questão pouco ou nada abordada entre os nefrologistas, ou seja, os DRCT não são habitualmente referenciados para a Medicina Paliativa.

Os sintomas mais comumente experienciados pelos DRCT e os doentes com cancro são: fadiga, dificuldade respiratória, dor, tosse, boca seca, dormência das extremidades, alteração do palato, sensação de “inchaço”, tristeza, preocupação e irritabilidade. Para além desta sintomatologia em comum, os DRCT referem ainda dificuldade em dormir, edemas, prurido e falta de apetite (Saini et al., 2006).

Os Cuidados Paliativos envolvem dois importantes aspetos: a abordagem holística e uma prática profissional interdisciplinar. No campo da enfermagem, a comunicação, é sem dúvida, importante para a prática dos cuidados paliativos ao doente sem possibilidade de cura. De acordo com

França, Costa, Lopes, Nóbrega, & França (2013) quando eficaz, esta é considerada um instrumento fundamental para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher, empaticamente, as necessidades do doente. Ao utilizar a comunicação, quer de forma verbal, quer não verbal, o enfermeiro permite ao doente participar das escolhas e dos cuidados específicos relacionados à sua doença, por forma a obter um tratamento digno.

Desde a introdução da hemodiálise na gestão da insuficiência renal aguda na década de 1940 e para a DRC em 1960, a diálise tornou-se um dos mais bem sucedidos avanços na tecnologia médica (Crail, Walker, & Brown, 2013). Quando, na década de '60, surgiram os primeiros programas de hemodiálise de ambulatório eram necessários rigorosos critérios para recorrer a tais escassos recursos. Por este motivo eram selecionados os doentes com maior probabilidade de benefício. Entretanto a indústria da diálise cresceu e evoluiu exponencialmente, permitindo uma diminuição dos severos critérios de seleção. Deste modo, muitos dos doentes que hoje estão sob uma TSFR, poderiam não ser considerados como “adequados” durante as primeiras décadas da diálise de ambulatório (O'Connor & Kumar, 2012).

Apesar da diálise permitir prolongar a vida, esta tem uma elevada taxa de mortalidade associada: 25% no 1º ano e de 60% nos 5 anos seguintes (Seccareccia & Downar, 2012). A população com DRCT é cada vez mais envelhecida e com múltiplas comorbidades o que pode fazer com que a manutenção da diálise seja cada vez mais difícil, aumentando o risco de complicações. Como resultado esta pode apenas obter benefícios de sobrevivência limitada com a diálise. Murtagh e colegas, citados por Seccareccia & Downar (2012) relatam que, no último mês de vida, as pessoas com DRCT podem vivenciar sintomas que são tão substanciais como os presentes nas pessoas com cancro no seu estágio final. Assim, torna-se fundamental refletir sobre a possibilidade de uma abordagem conservadora e/ou paliativa.

Na última década tem-se observado a integração dos Cuidados Paliativos na população sob HD. Ainda assim, muitas barreiras permanecem... Perto de metade (48,8%) dos nefrologistas não se sente competente para

providenciar cuidados em fim de vida. A recorrência a unidades de cuidados paliativos continua baixa, mesmo para aqueles doentes que escolheram suspender a HD (Thorsteinsdottir et al., 2012).

## 1.6 – A Ética nos Cuidados Paliativos

A morte deve ser encarada como um processo natural, como uma etapa da vida, tal como é o nascimento. As implicações dela advindas devem ser discutidas entre os profissionais de saúde que prestam os cuidados no final de vida, definidos do Moritz et al (2008) e citado por Queiroz, Alves e Souza, & Pontes (2013) como cuidados “prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder horas ou dias o óbito”.

São cinco os princípios éticos fundamentais a considerar e que fundamentam a medicina paliativa (Chaves, Mendonça, Pessini, Rego, & Nunes, 2011):

1. Veracidade – “dizer sempre a verdade ao doente e família”. Manter este princípio pode tornar-se extremamente complexo, embora fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança entre o profissional e o doente/família;

2. Princípio da Proporcionalidade – refere-se a uma proporcionalidade terapêutica, ou seja, dever-se-á adotar apenas medidas terapêuticas úteis. É importante perceber e avaliar a relação efeitos terapêuticos vs qualidade de vida do doente;

3. Princípio do Duplo Efeito – refere-se à permissibilidade de ações das quais dois efeitos surgem simultaneamente, sendo um bom e o outro mau. ou seja, representa um balanço entre os efeitos positivos da administração de fármacos e os efeitos secundários que se irão refletir numa perda de qualidade de vida do doente;

4. Princípio da Prevenção – refere-se à possibilidade de prever possíveis complicações e/ou os sintomas que com maior frequências se apresentam na evolução da condição clínica do doente, implementando medidas que previnam tais complicações. O doente e família devem ser

aconselhados sobre as melhores ações a seguir;

5. Princípio do Não Abandono – salvo alguma situação de grave objeção de consciência, é eticamente condenável abandonar um doente no caso deste recusar qualquer tipo de tratamento, mesmo que a recusa seja considerada inadequada.

Sendo o objetivo máximo destes princípios fundamentais na medicina paliativa humanizar o final de vida, proporcionado uma melhor qualidade de vida e otimizando a dignidade no processo de morrer, eles não mais que normas de conduta que regem as decisões dos profissionais de saúde. A perspectiva principialista, desenvolvida por Beauchamp e Childress (Beauchamp & Childress, 2009), sustenta-se em quatro princípios:

1. Princípio do Respeito pela Autonomia - Neste princípio reconhece-se o direito do doente de decidir sobre todos os assuntos que envolvam o seu corpo, não devendo ser emitidos juízos de valor. O consentimento informado no contexto da consulta profissional encontra-se previsto neste princípio;

2. Princípio da Não Maleficência - O princípio da não maleficência impõe uma obrigação de não causar mal a outros, bem como não colocar terceiros em risco. Deve-se atuar no sentido da prevenção e eliminação de situações prejudiciais. É necessária ponderação e cuidado, bem como a correta avaliação dos riscos/benefícios, princípio do duplo efeito.

3. Princípio da Beneficência – A moralidade requer não só considerar a autonomia da pessoa e não lhe provocar malefícios, mas também contribuir para o seu bem-estar. Mais do que evitar causar um dano (que caracteriza a não maleficência), o princípio da beneficência impõe que o agente leve a efeito ações das quais beneficiam terceiros e estabelece a obrigação moral de agir desta forma.

4. Princípio de Justiça – cada pessoa, na sua individualidade e particularidade da sua condição, necessita e tem direito a cuidados apropriados e equitativos. O doente terminal tem por isso direito a cuidados paliativos, que incluem na sua essência a busca intensiva pela melhoria da qualidade de vida e promoção de conforto, conseguido através do controlo de sintomas.

## 2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimentos dos fenómenos do mundo real no qual vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação. Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos (Fortin, 2009).

Sendo pressuposto que o especialista e mestre em enfermagem utilize a investigação na produção de conhecimento, propus-me a realizar uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), ou seja, a realizar uma pesquisa como fonte de dados a literatura sobre o tema em que se baseia este relatório. Sendo este tipo de investigação um estudo retrospectivo, a RSL disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, permitindo-nos incorporar um espectro maior de resultados relevantes, incluindo a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados (Sampaio & Mancini, 2007).

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre *a prestação de cuidados paliativos à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em fim de vida* e partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão:

**“Que Cuidados Paliativos se podem prestar à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em fim de vida?”**

### 2.1 – Metodologia

Com efeitos da constituição da amostra, quer ao nível da elaboração da questão de investigação, como para a definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos primários, foi utilizado o método PICO (Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice[JBI], 2014) (Quadro 2).

P	Participantes	Quem foi estudado?	DRTC em fim de vida	Palavras chave:  - <b>End-stage Renal Disease;</b>  - <b>Renal disease;</b>  - <b>Palliative Care;</b>  - <b>Conservative treatment</b>
I	Intervenções	O que foi estudado?	Aplicação de Cuidados Paliativos	
Co	Contexto	Onde foi estudado?	* Hospitais  * Unidades de Cuidados Paliativos  * Domicílio	

Quadro 2 – Critérios para a formação da pergunta PICO

A pesquisa foi efetuada de fevereiro a setembro de 2015 e o motor de busca utilizado foi a EBSCOhost para acesso às bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Med e ainda o Google Académico. Foram, deste modo, encontradas 308 referências.

A partir da questão de partida foram definidos critérios para inclusão e exclusão de estudos na RSL.

**- Critérios de inclusão:**

1. Horizonte temporal de 2005 a 2015;
2. Estudos escritos em português, espanhol ou inglês.

**- Critérios de exclusão**

1. Artigos sem *fulltext*;
2. Artigos em que após a leitura do *abstract* não correspondam ao problema geral formulado.

## 2.2 – Resultados

As palavras-chave foram procuradas em texto integral e nos resumos das referências encontradas (quando existentes) e, após a leitura criteriosa das mesmas durante a minha pesquisa, pude concluir o seguinte algoritmo por forma a obter os artigos que responderam à questão PICO:

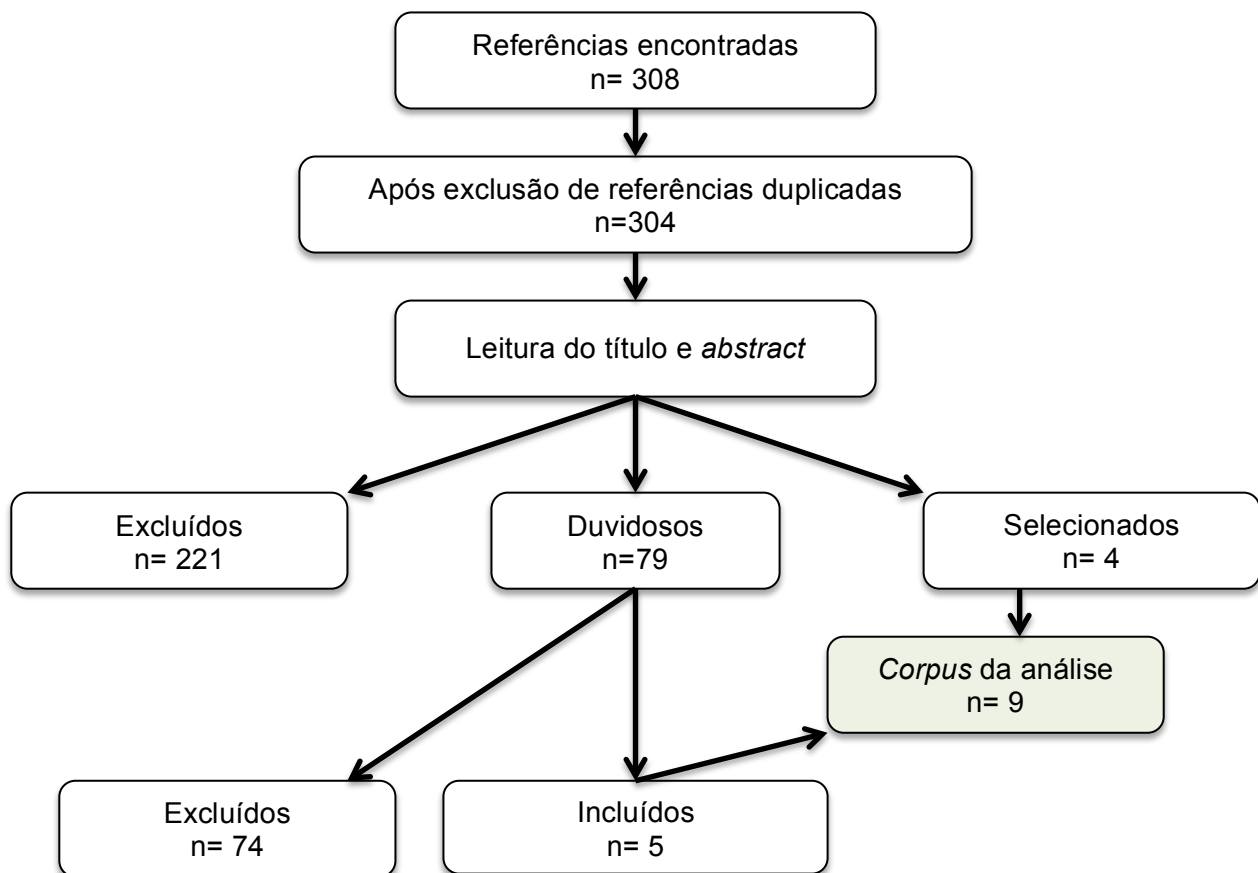


Figura 6 - Algoritmo para seleção dos artigos

Tal como expresso na figura 6, numa primeira fase excluíram-se as referências duplicadas. Depois de estabilizado o número de artigos encontrados (n= 304) procedeu-se a uma leitura do título e resumo. Com base nessa leitura, assumiu-se uma primeira decisão de aceitação ou rejeição baseada nos critérios de inclusão e exclusão. Excluíram-se um total de 221 artigos, que na figura estão agrupados por critério de exclusão e selecionaram-se 4. Os trabalhos em que essa leitura não permitisse tomar uma decisão, foram agrupados como estudos duvidosos, sendo posteriormente sujeitos a uma leitura do artigo integral. Nesta última fase foram excluídos 74 artigos e incluídos 5 que, em conjunto com os imediatamente incluídos na primeira fase, constituem o corpus da análise de um total de 9 artigos. Todos esses artigos foram lidos integralmente e analisados e serão apresentados de seguida.

Dos 9 artigos selecionados, dois são do ano 2011, dois de 2007, e os restantes são de 2012, 2010, 2009, 2008 e 2006. Quanto aos países de origem, 5 são de provenientes do Reino Unido, 2 da Austrália e os restantes do

Canadá e de Israel. Em termos metodológicos 6 são estudos descritivos, 3 são revisões da literatura e 1 é um estudo tipo *survey*.

O quadro 3 caracteriza os estudos seleccionados.

<b>Título   Autor Ano   Local</b>	<b>Tipo de Estudo, Objetivo e População</b>	<b>Descrição e Modelo de Cuidados</b>	<b>Resultados</b>
“Dialysis Nurses for Palliative Care” H. Madar et al. 2007 Israel	Estudo tipo <i>survey</i> . Identificar os diversos sintomas descritos pelos doentes em diálise e, em paralelo, avaliar a qualidade de vida ao examinar a severidade dos sintomas presentes, numa amostra de 50 doentes de uma unidade de diálise. Identificar os pontos de vista dos profissionais de saúde no que diz respeito à necessidade de cuidados paliativos nas unidades de diálise no geral. Amostra de 105 profissionais de 5 unidades de diálise (92% enfermeiros – 90% de unidades de diálise e restantes a trabalhar em enfermarias de nefrologia ou em diálise peritoneal), 5 médicos e 2 assistentes sociais.	Realização de reuniões interdisciplinares, formação de pessoal em cuidados paliativos, criação de instrumentos e protocolos de avaliação e controlo de sintomas, avaliação dos vários aspetos relacionados com a descontinuação do tratamento e acompanhamento da fase terminal de vida do doente e promoção da comunicação e suporte à família.	Existe uma necessidade para integrar os cuidados paliativos nas unidades de diálise uma vez que esta abordagem enfatiza o controlo de sintomas e melhora a qualidade de vida dos doentes. No grupo dos doentes inquiridos verifica-se a presença de sintomas, com altos níveis de severidade, que prejudicam a sua qualidade de vida. Os profissionais de saúde revelaram uma grande discrepância no que diz respeito à integração de cuidados paliativos e à sua atual implementação.
“Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making” White, F; Fitzpatrick, G. 2006 Australia	Revisão da literatura. Providenciar práticas para uma cooperação no tratamento da pessoa que suspendeu diálise e requer cuidados paliativos.	Plano de cuidados antecipatório. No momento do diagnóstico da DRC (prévio ao início de diálise) devem-se iniciar discussões acerca do planeamento dos cuidados.	A implementação de um plano de cuidados antecipatório pode ser facilitador na tomada de decisões por parte do DRCT ao providenciar informações acerca dos cuidados pretendidos.
“Epidemiology of Renal Palliative Care” Brown, Edwina A. 2007 Reino Unido	Estudo descritivo. Descrição da necessidade de cuidados paliativos dos DRCT.	As equipas de nefrologia estão cada vez mais envolvidas no controlo de sintomas, plano de cuidados antecipatórios e escolhas de fim de vida.	O aumento da formação das equipas de nefrologia faz com que estas tenham cada vez menos necessidade de recorrer às equipas de medicina paliativa e que, com



**A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prática de Ações  
Paliativas à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal**

			um controlo adequado dos sintomas, os doentes necessitam cada vez menos de recorrer aos hospitais para um controlo em fim de vida.
“Integration of palliative care for patients with stage 5 chronic kidney disease” Sedgewick, J et al. 2010 Reino Unido	Estudo descritivo. Conhecer as razões que levam um doente a tomar a decisão de não iniciar diálise. Dar a conhecer e percepção do controlo e desafios em providenciar um serviço de cuidados paliativos de grande qualidade aos doentes no estágio 5 da DRC.	Reavaliações regulares por forma a assegurar o controlo de sintomas. Uso de uma comunicação eficaz (que permite ao doente partilhar os seus pensamentos e crenças relacionados com a morte e o morrer).	A introdução de cuidados paliativos na prática de serviços de diálise e de transplantação renal desde o diagnóstico trazem grandes benefícios para o doente.
“Palliative care in advanced kidney disease: a nurse-led joint renal and specialist palliative care clinic” Harrison, K; Watson, S. 2011 Reino Unido	Estudo descritivo. Descrição de um projeto piloto configurado por duas enfermeiras especialistas (uma a trabalhar numa Unidade de Cuidados Paliativos e outra a trabalhar em Cuidados Paliativos de Nefrologia). Coordenação e trabalho em equipa liderado por enfermeiros por forma a ir de encontro às necessidades paliativas dos DRCT e suas famílias. 18 doentes identificados pela equipa “Advanced Kidney Care” e referenciados para o estudo.	Desenvolveram uma estrutura onde fossem seguidos os doentes que, por diversos motivos, tinham necessidades de cuidados paliativos e de controlo de sintomas.	No geral os doentes sob cuidados paliativos beneficiaram com a prática. Os cuidadores mostraram ter melhores conhecimentos acerca da progressão e características da doença. As enfermeiras notaram um aumento da confiança e competência em lidar com casos complicados e tornaram-se um elo de ligação com outras equipas.
“Palliative care in end-stage kidney disease” Fasset, R et al. 2011 Australia	Revisão da literatura sobre a prestação de cuidados paliativos ao DRCT no contexto de tratamento conservador e suspensão de diálise.	A educação pré-diálise é considerada uma parte fundamental na preparação do controlo do DRCT. Plano de cuidados partilhado entre as equipas multidisciplinares.	Os cuidados paliativos devem ser oferecidos a todos os doentes na fase de seleção do tipo de tratamento, incluindo aqueles que optam pelo tratamento conservador ou por suspender a diálise. As equipas de nefrologia multidisciplinares devem assegurar que os doentes e famílias estão bem informados acerca da possibilidade de

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prática de Ações  
Paliativas à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal**

			escolha entre a diálise e o tratamento conservador apoiado pelos cuidados paliativos.
“Rethinking and integrating nephrology palliative care: A nephrology nursing perspective” Young, S. 2009 Vancouver, Canada	Revisão da literatura sobre o atual “estado da arte” dos cuidados paliativos na nefrologia e a sua relação com os enfermeiros de nefrologia.	Criação de elos de ligação com especialistas em cuidados paliativos. Plano de cuidados antecipatório. Suporte no luto.	Os DRCT querem e precisam de uma melhor avaliação e controlo de sintomas, assim como de um plano de cuidados antecipatório. A família necessita de apoio quer durante a vida quer após a morte dos seus familiares. A implementação de cuidados paliativos eficazes ao DRCT e seus familiares oferece uma melhor qualidade de vida e do morrer.
“Supportive and palliative care for people with end-stage renal disease” Hussain, J. 2012 Reino Unido	Estudo descritivo. Descrição do papel que as equipas de cuidados paliativos e de nefrologia podem desempenhar na otimização do cuidado de fim de vida. Descrição dos principais sintomas presentes nos DRCT.	Uma recomendação chave é que tanto os doentes como as equipas estejam envolvidas no processo de tomada de decisão. A equipa de cuidados paliativos deve trabalhar em conjunto com a equipa de nefrologia desenvolvendo programas educacionais e gerindo a doença e os sintomas de uma forma holística.	Existe a necessidade de expandir o número de serviços que assegurem que as equipas de cuidados paliativos e de nefrologia que tenham capacidade de ajudar os doentes a tomarem decisões informadas relacionadas com o tratamento, com um plano de cuidados antecipatório e no controlo de sintomas.
“Supportive and palliative care for the patient with end-stage renal disease” Noble, H. 2008 Reino Unido	Estudo descritivo. Discussão acerca das necessidades de cuidados paliativos de enfermagem. Descrição dos principais sintomas presentes nos DRCT.	Transição do controlo da doença para o controlo de sintomas de uma forma mais abrangente.	A integração dos cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico pode trazer grande benefício para o doente.

Quadro 3 – Estudos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

### 2.2.1 – Avaliação crítica dos estudos

A maioria destes estudos são estudos descritivos, o que é expectável na investigação em saúde por diversas razões, nomeadamente questões éticas. É reconhecido que lidamos com pessoas já debilitadas por se encontrarem doentes e, no caso dos artigos estudados, são indivíduos com um futuro limitado e que vivenciam a proximidade da sua morte.

Nos estudos apresentados o enfermeiro é parte integrante da equipa - é referenciado que um enfermeiro com conhecimentos de cuidados paliativos sabe como desenvolver uma relação com os doentes baseada na confiança e tem uma visão holística sobre o tratamento. Também para estes autores, o enfermeiro deverá coordenar os cuidados paliativos ao DRCT.

Se para Fassett et al. (2011) será emergente perceber qual é o campo dos cuidados paliativos na nefrologia para que haja uma clarificação do papel do enfermeiro na integração dos cuidados paliativos, Madar et al. (2007) consideram que o papel principal do enfermeiro será manter um diálogo aberto com o doente no que diz respeito à sua condição, alternativas de tratamento ou a possibilidade de não continuar qualquer tratamento.

A melhoria da qualidade de vida com a implementação dos cuidados paliativos é um dos fatores referidos nos estudos de Madar et al. (2007), Young (2009) e Sedgewick, Noble, Ho, Kafkia, & Van Waeleghem (2010), sendo o controlo de sintomas crucial (Hussain & Russon, 2012; Sedgewick et al., 2010). Apesar deste controlo ser fundamental para os cuidados paliativos, tal ainda não é rotina nos cuidados em nefrologia (Young, 2009) uma vez que os cuidados paliativos são, ainda, negligenciados pelos nefrologistas (Madar et al., 2007). Percebe-se que o foco do cuidado permanece na cura e no prolongar a vida e as questões éticas e legais têm um impacto na decisão clínica de suspender diálise, assim como em mantê-la. É emocionalmente mais difícil suspender diálise do que iniciá-la ou mantê-la (Fassett et al., 2011).

No entanto, é sugerido que o fraco controlo de sintomas pode estar associado ao facto dos profissionais de saúde estarem mais focados na doença propriamente dita (e no seu tratamento) e não nos sintomas (Helen Noble, 2008; Sedgewick et al., 2010). Noble (2008) afirma que existe uma

necessidade de que os enfermeiros de nefrologia mudem as suas intenções baseadas no controlo da doença através de intervenções de enfermagem fisiológica para uma de intervenção no controlo de sintomas.

Uma vez que as pessoas que iniciam diálise são cada vez mais idosas, existe a necessidade de mudar o foco do cuidado no aspeto do prolongar a vida através da diálise para os cuidados paliativos e o alívio de sintomas (Fassett et al., 2011). Nos estudos de White & Fitzpatrick (2006), Noble (2008), Sedgewick et al. (2010) e Hussain & Russon (2012) são descritos os principais sintomas associados à DRC e que necessitam ser geridas pelos cuidados paliativos. São estes: a dor; o prurido; a insónia; a sobrecarga hídrica; as náuseas, vómitos e anorexia (associados ao síndrome urémico) e a síndrome das pernas inquietas.

É notório que os CP têm um papel importante nos serviços de nefrologia ao providenciar bons cuidados de fim de vida ao DRCT. Uma parte importante dos CP a estes doentes é a realização de um plano de cuidados antecipatório, onde os doentes possam documentar a sua escolha de tratamento e desejos relacionados com o futuro (Brown, 2007; Harrison & Watson, 2011), sendo que este plano pode servir como medida de avaliação da qualidade do morrer por forma a se tomarem medidas para a prestação de cuidados em fim de vida (Madar et al., 2007). Também Hussain & Russon (2012) referem o plano de cuidados antecipatório como um importante meio do doente poder especificar as suas preferências e comunicá-las a todos os envolvidos, com o objetivo de evitar internamentos indesejáveis, bem como evitar o início de uma TSFR que não se deseja.

Brown (2007) admite que existe um aumento da percepção, por parte dos nefrologistas, de que os cuidados paliativos não são somente gestão do cuidado em fim de vida, mas antes um caminho a adotar ao longo do tempo e que dignifique o fim de vida para cada doente como indivíduo único. Para tal, e segundo Sedgewick et al. (2010), é necessário que existam mais enfermeiros de nefrologia com experiência em cuidados paliativos uma vez que tal pode favorecer o desenvolvimento destes cuidados em nefrologia, assim como contribuir para o desenvolvimento e educação, experiências dos doentes e na política nacional em todas as áreas de prestação de cuidados paliativos.

## 2.3 – Discussão

Da pesquisa efetuada importa salientar que apesar de se admitir que existem poucos estudos que explorem os benefícios da diálise no que diz respeito à qualidade de vida ou até mesmo de estudos relacionados com a DRC e os Cuidados Paliativos, este parece ser um tema de relevante importância e discutido ao longo do tempo. No que diz respeito à distribuição geográfica, os artigos selecionados provêm de países que demonstram preocupação, intenção e implementação da prática de cuidados paliativos aos doentes que optam por não iniciar uma TSFR ou que decidem, após um período de ponderação durante o qual a intervenção da equipa multidisciplinar de nefrologia (da qual o enfermeiro faz parte) e da equipa de medicina paliativa têm um papel fundamental. Em países como a Austrália ou o Reino Unido tem sido verificada a importância da introdução de cuidados paliativos ao DRC em qualquer estágio da doença, havendo inclusivamente referência à sua importância desde o momento do diagnóstico da doença. No entanto é comum aos países dos estudos selecionados a necessidade de implementar estes cuidados à pessoa que opta por não iniciar ou suspender uma TSFR, garantindo sempre, ao doente, que não será esquecido e que será alvo de todo o cuidado que necessitará.

Em Portugal, e tal como percepciono pela minha experiência, tem-se optado pela redução da frequência de hemodiálise para 2 vezes por semana, podendo, inclusivamente, reduzir-se o tempo de cada sessão dialítica.

Realça-se, no conjunto destes estudos, a importância da implementação de um plano de cuidados antecipatório sendo que, tal como referem Sedgewick et al. (2010), os CP devem estar disponíveis ao DRC desde o diagnóstico até à sua morte, uma vez que traz grandes benefícios.

A comunicação é tida como uma competência fundamental nos CP uma vez que esta será um elemento facilitador na tomada de decisão do doente (no que diz respeito a não iniciar uma TSFR ou até mesmo suspendê-la) sendo necessária uma total explicação dos resultados esperados, do prognóstico e progressão da doença (Helen Noble, 2008). Assim, a educação pré-diálise é considerada uma parte fundamental na preparação do controlo do DRCT uma

vez que funciona como uma informação das escolhas do doente e dos seus cuidadores, para além de enaltecer um plano de cuidados partilhado com as equipas multidisciplinares (Fassett et al., 2011).

É de referir a importância do enfermeiro especialista em nefrologia com conhecimentos relacionados com cuidados paliativos na prestação dos mesmos, uma vez que estará mais desperto para as necessidades dos doentes (mesmo que não verbalizadas) e, ao ter uma relação de confiança com os doentes e uma visão holística sobre o tratamento, poderá facilitar o processo de adaptação para o fim de vida.

### 3 – ATIVIDADES NOS ENSINOS CLÍNICOS

Este capítulo encontra-se subdividido em dois subcapítulos sendo que, cada um deles, representa a reflexão sobre e para a prática relacionada com as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinoss clínicos. Reflexão esta que se pretende rever como uma forma de desenvolvimento de competências profissionais como enfermeira especialista, através de um processo de aprendizagem facilitador de um desenvolvimento de capacidades, não só práticas, como também, analíticas e reflexivas.

Amendoeira, citado por (Vitorino, 2012), refere que se caminha em direção ao conhecimento organizado no qual o conhecimento científico é transferido para o contexto diário de trabalho, em que o conhecimento só é significativo se servir para desenvolver e melhorar as atividades de vida diária das pessoas. O mesmo autor reforça a ideia referindo que “os significados dos saberes profissionais transformados no e pelo trabalho, constroem-se pela emergência da prática (processo de cuidados) como campo de aplicação de saberes explícitos”.

No artigo de Santos & Fernandes (2004) é referenciado que o processo reflexivo se desenvolve por etapas. São estas: a percepção própria (de uma situação significativa e, habitualmente de desconforto para o sujeito), a **descrição** (que corresponde à narrativa da situação, feita sem juízos de valor), a análise crítica - **reflexão** (que se centra nos diferentes componentes da situação, bem como na identificação do conhecimento atual relativo à mesma), a **síntese** (onde se encontra presente a natureza do confronto) e, finalmente, a **avaliação** (que conduz a uma nova perspetiva).

#### 3.1 – Ensino Clínico no serviço de Nefrologia - Diálise Peritoneal - em dois Hospitais Centrais de Lisboa (A e B)

Uma vez que no meu local de trabalho sou, com alguma frequência, solicitada a prestar cuidados de enfermagem ao doente sob DP como TSFR, considereei fundamental desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área da Diálise Peritoneal e participar nas intervenções de enfermagem ao

DRCT sob esta TSFR (objetivo estabelecido no projeto), por forma a desenvolver competências especializadas nesta área. Programei, assim, o Ensino Clínico (EC) 1 numa Unidade de Diálise Peritoneal de um serviço de Nefrologia de um Hospital Central de Lisboa (chamemos-lhe hospital A).

O terceiro período de ensino clínico estava previsto decorrer numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). No entanto, no decorrer do EC 2 na Unidade de Medicina Paliativa (UMP), constatei exatamente aquilo que a literatura diz, ou seja, não há encaminhamento de DRCT para a Medicina Paliativa. Percebendo isto, associado ao conhecimento de que a UCP prevista para o ensino clínico, recebe doentes referenciados da UMP onde realizei o EC 2 e que, nesse período, nenhum DRCT foi para lá referenciado surgiram, em mim, muitas questões e receios. Sei, sem qualquer dúvida, que iria aprender muito e complementar a aprendizagem adquirida na formação e no ensino clínico. No entanto, a probabilidade de poder relacionar essa aprendizagem para mais tarde aplicar ao DRCT era mínima. Assim, optei por alterar o campo de estágio, após o consentimento da professora orientadora. Este local de ensino clínico foi decidido, planeado e preparado já no decorrer do período de estágio. Como tal, fez-me todo o sentido complementar a minha formação na área da DP, mas num hospital da área de Lisboa que não o anterior. Chamemos-lhe o hospital B.

### 3.1.1 – Descrição das Atividades

<b>Objetivo geral</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Desenvolver competências no domínio da educação de doentes e família/cuidadores de modo a promover e facilitar a capacidade de aceitação e adaptação à DRC.	<p>No final destes ensinamentos clínicos devo ser capaz de, e sob supervisão do(a) orientador(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Realizar, pelo menos, uma consulta de enfermagem de Diálise Peritoneal de seguimento, realizando os registos adequados;</li> <li>* Realizar, pelo menos, um ensino sobre a realização do penso do Orifício de Saída (OS) ao doente e família/cuidador, realizando os registos adequados;</li> <li>* Realizar, pelo menos, um ensino de técnica manual de</li> </ul>



	<p>Diálise Peritoneal, de acordo com o plano de ensino, realizando os registos adequados;</p> <p>* Realizar, pelo menos, um ensino de técnica automática (cicladora) de Diálise Peritoneal, de acordo com o plano de ensino, realizando os registos adequados;</p> <p>* Realizar folhetos informativos relacionados com a realização das técnicas (manual e automática) de Diálise Peritoneal, de acordo com as normas regidas pelo Centro Hospitalar, promovê-los e distribuí-los pelos pares, doentes e família/ cuidadores (no hospital A);</p> <p>* Realização de, pelo menos, uma consulta de enfermagem de esclarecimento (de acordo com a Norma da Direção-Geral de Saúde - DGS), realizando os registos adequados.</p>
Promover, junto da equipa de enfermagem, o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.	<p>No final deste ensino clínico devo ser capaz de:</p> <p>* Realizar uma sessão de formação aos pares, como formação em serviço (no hospital A), obtendo uma avaliação positiva por parte dos mesmos.</p>
Ampliar conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com DRC sob Diálise Peritoneal que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência.	<p>No final deste ensino clínico devo ser capaz de, e sob a supervisão do(a) orientador(a):</p> <p>* Proceder à substituição da extensão do cateter de <i>Tenckhoff</i>, realizando os registos adequados;</p> <p>* Realizar um Teste de Eficácia Peritoneal (PET), realizando os registos adequados.</p>

### 3.1.2 – Reflexão Crítica

No momento inicial deste ensino clínico pretendia desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área da Diálise Peritoneal e participar nas intervenções de enfermagem ao DRCT sob esta TSFR. Rapidamente percebi que tal não seria suficiente. Pelas características e logística da unidade no hospital A, as enfermeiras realizam mais que cuidados de DP. Estão, também, responsáveis pela prestação de cuidados no Hospital de Dia,

realização da consulta de enfermagem de doença renal avançada, pela consulta de acessos vasculares (de primeira vez e seguimento) e por consultas de enfermagem de pós-transplante e, quando assim se justifica, de pré-transplante de dador vivo. Procurei, assim, acompanhar estas consultas, cujo contexto e objetivo primordiais é acompanhar e promover a capacitação do doente.

No hospital B está em fase de projeto a realização de uma consulta de enfermagem avançada, cujo objetivo primordial será desenvolver consultas de esclarecimento e realização de ensinios relacionados com a DP (por forma a tornar o indivíduo autónomo no seu tratamento) e com a HD (nomeadamente que cuidados a ter com o acesso vascular para a realização do tratamento).

Apresento, de seguida, uma reflexão da minha experiência nestes ensinios clínicos sobre cada uma destas consultas.

### **Hospital de Dia**

No hospital de dia do hospital A prestam-se os mais variados cuidados, dos quais participei sempre que solicitada, ou quando assim se justificava. Neste espaço (pequeno para tanta afluência) fazem-se colheitas de sangue, administração de terapêutica (como ferro e estimuladores da eritropoiese), administração de componentes sanguíneos, administração de alteplase (para desobstrução do Cateter de Longa Duração (CLD) de doentes em regime de ambulatório e referenciados pelos centros de HD) e administração de ciclos de quimioterapia (ciclofosfamida).

Sempre que necessário e se justifique aproveitam-se os momentos para pequenos ensinios, nomeadamente autoadministração de terapêutica estimuladora da eritropoiese.

No hospital B os cuidados prestados em hospital de dia são já reduzidos e resumem-se praticamente à administração de um AB (endovenoso – Ev – ou intraperitoneal - IP). Esta situação deve-se ao facto do número de doentes sob DP ser elevado, o que dificulta o desenvolvimento de um trabalho de qualidade por parte da equipa de enfermagem caso haja uma grande afluência de pessoas aos cuidados passíveis de serem prestados no hospital de dia. Assim,

peessoas com indicação para fazerem medicação como ferro ou ciclofosfamida foram encaminhados, respetivamente, para os hospitais de dia de imunohemoterapia e de quimioterapia.

### **Consulta de Enfermagem de Diálise Peritoneal**

A consulta de Enfermagem de Diálise Peritoneal tem várias valências e características particulares, comuns aos dois hospitais A e B.

Esta consulta tem objetivos diferentes, consoante a fase em que o doente se encontra na própria doença e realização da técnica. Para além dos ensinios relacionados com as técnicas manual e automatizada de DP (bem como a realização do penso ao OS), por forma a que os doentes se tornem autónomos, nestas consultas são feitas avaliações de necessidades dos doentes (quer de reforço de ensinios e esclarecimento de dúvidas, quer de necessidades de material a ter em casa); realização de PET, substituição da extensão do cateter de Tenckhoff (idealmente de 6/6 meses ou em SOS); administração de antibióticos, conforme protocolo, nos casos de peritonite e/ou infeção do OS; administração de heparina ou alteplase, conforme protocolo e quando assim se justifica, como a presença de fibrina ou dificuldade na drenagem e/ou infusão, respetivamente.

#### **- Hospital A:**

Durante o período deste EC segui de perto a evolução de um doente que optou pela DP, cuja técnica iniciou de urgência. Deste modo, tive a oportunidade de o acompanhar desde o esclarecimento da técnica, à colocação do cateter, nos ensinios após esta colocação, bem como nos ensinios relacionados com as técnicas manual e automatizada. Infelizmente esta situação sofreu complicações e, num curto período de tempo, este cateter teve que ser substituído, o que resultou numa maior necessidade de esclarecimentos relacionados com a técnica e motivos para a falência da mesma.

Apesar de existir um plano de ensino estruturado e sistematizado, com uma avaliação dos pontos abordados tipo “*check-list*”, este não tem sido colocado em prática. Isto deve-se ao facto de as enfermeiras da DP “rodarem” entre si e pelos diferentes postos do sector de ambulatório (Hospital de Dia, Consulta de Enfermagem de Transplante Renal e Consulta de Enfermagem de Acessos Vasculares). Esta situação é, no meu ponto de vista, algo de negativo, mas do qual a equipa tem noção, uma vez que se torna complicado gerir o ensino a um doente quando não se sabe o que foi feito até ao momento por uma outra colega. Desta forma, apesar de haver uma organização mental do que se quer falar em cada sessão de ensino, esta é também muito gerida pelo próprio doente e com base nas questões por ele colocadas e pelas dificuldades observadas fazendo com que o ensino seja adaptado à própria percepção de como o doente ia recebendo e utilizando toda a informação. O ensino é feito, sobretudo, recorrendo à técnica de *role-playing*, onde se fazem simulações de tratamentos (manual e automatizado).

Mesmo tendo plena consciência que as condições físicas do serviço dificultam a realização do ensino conforme as normas indicadas como preferenciais (ambiente calmo, sem distrações externas, sem interrupções), a sala dedicada a estas sessões em nada favorece estes ensinamentos. O facto de haver uma janela para o corredor do serviço onde está constantemente gente a passar e, da mesma forma, a olhar para dentro da sala e a colocar questões, formam uma barreira à sessão de ensino, contribuindo para uma maior dificuldade de concentração, quer por parte do doente, quer por parte do enfermeiro.

Sendo um serviço com alguns elementos novos e com conhecimentos ainda básicos na área da DP e prestação de cuidados a estes doentes foi, juntamente com a enfermeira chefe, planeada e realizada uma ação de formação particularmente dirigida a estes colegas onde se abordasse a DP e modalidades de tratamento (apêndice 1). A avaliação desta sessão é apresentada no apêndice 2. Por questões relacionadas com o serviço, esta formação foi ministrada em fevereiro. Na sequência da preparação desta formação surgiu, de forma natural, a ideia de realizar folhetos informativos (apêndice 3) relacionados com a realização das técnicas (manual e

automática) de Diálise Peritoneal, com o objetivo de os promover junto aos pares e, eventualmente aos doentes/cuidadores. Estes folhetos foram redigidos de acordo com as normas regidas pelo Centro Hospitalar. Tanto a ação de formação como os panfletos foram realizados em parceria com uma colga da especialidade que, na altura, também se encontrava a desenvolver o seu ensino clínico na área da Diálise Peritoneal no mesmo serviço.

Para além das consultas presenciais no serviço, tive a oportunidade de constatar que os doentes recorrem muito às enfermeiras por via telefónica, assim como as próprias enfermeiras telefonam para os doentes sempre que assim considerem pertinente.

As enfermeiras de DP agendam sempre uma visita domiciliária aos doentes que irão iniciar a técnica. Esta visita tem como objetivo a avaliação das condições habitacionais do doente e auxiliar nas adaptações necessárias, fazendo sugestões ou propostas por forma a otimizar o tratamento já em contexto domiciliário e autónomo. Durante o período de ensino clínico não tive a oportunidade de realizar qualquer visita, uma vez que o doente a quem esta visita foi proposta foi internado na altura da mesma.

- Hospital B:

Aqui as condições físicas são, na minha opinião, muito favoráveis à técnica, ao tratamento propriamente dito e aos ensinos efetuados. Cada doente que entra no gabinete para a realização de toda e qualquer técnica tem toda a atenção do enfermeiro, que faz questão de manter a porta fechada e sem possibilidade de entrada de elementos que possam distrair o doente ou comprometer a técnica efectuada no momento.

O ensino é realizado várias vezes ao dia (eventualmente fazem-se 3 sessões no mesmo dia) e de forma prática (em que o doente usa o seu próprio cateter). Optou-se por esta forma de ensino após se ter constatado que se obtêm melhores resultados e que o doente assimila de forma mais eficaz a técnica adequada.

Também neste serviço pude constatar a comunicação doente-enfermeiro via telefónica, normalmente iniciada pelo doente. O telefone tornou-

se um meio de comunicação frequente para esclarecimento de dúvidas e recomendações que me parece muito valorizado por parte das pessoas que dela usufruem.

### **Consulta de Enfermagem de Doença Renal Crónica Avançada (DRCA)**

No hospital A esta consulta pretende ser uma consulta de esclarecimento ou de opções, conforme a norma da DGS, que a torna obrigatória e cujo objetivo primordial será o esclarecimento a um doente que chega ao estágio IV ou V da sua DRC acerca das opções disponíveis para o seu tratamento. Apesar de ser esta mesma a intenção, na prática isto não se verifica. Percebe-se uma falha de ligação entre as equipas médicas e de enfermagem, sendo que a primeira, nas suas consultas a estes doentes, entrega-lhes a norma pedindo para que esta seja assinada e entregue na altura. Consequentemente os doentes não têm qualquer contato com a equipa de enfermagem nesta altura da sua doença nem tampouco com a assistente social ou com a dietista.

Durante o período do meu ensino clínico tive a oportunidade de realizar, sob a supervisão da minha orientadora, uma consulta de opções/esclarecimento a uma doente que, por acaso, fez a sua consulta de nefrologia no próprio serviço. Foi muito gratificante, mas acrescento que embora as consultas médicas e de enfermagem tenham sido cumpridas, esta doente não foi abordada pela assistente social nem pela dietista. Ficou apenas acordado que ambas seriam chamadas para esclarecimento de questões que fossem surgindo, já após a doente ter feito a sua opção de tratamento.

Parece-me que esta situação causa algum desconforto na equipa de enfermagem e tem levantado algumas discussões entre chefias. No entanto julgo ser mais uma questão cultural em que os médicos pretendem manter o papel de esclarecer os doentes, do que propriamente uma luta entre médicos e enfermeiros.

No hospital B, tal como mencionado anteriormente, esta consulta, ainda que com moldes diferentes da do hospital A, está em fase de projeto. No entanto há a referir que estão agendadas diariamente duas consultas de

esclarecimento. Estas são feitas pelo enfermeiro e o doente é ainda encaminhado para a dietista e a assistente social (tendo em conta que já terá falado com o seu nefrologista previamente).

### **Consulta de Enfermagem no Transplante Renal**

- Hospital A

Esta consulta tem o apoio de uma enfermeira totalmente dedicada à mesma e são consultas realizadas no pós-transplante renal, sendo que faz parte de um projeto de enfermagem iniciar consultas de pré-transplante.

Embora se percebam características próprias a cada enfermeira, todas usam instrumentos e estratégias semelhantes: o ambiente da consulta é calmo e a gestão do tempo da consulta propriamente dita é de acordo com o doente e com as suas necessidades. Apesar do elevado número de doentes seguidos na consulta de pós-transplante todas as enfermeiras conhecem os doentes e identificam as suas dificuldades/características individuais.

No período do meu ensino clínico neste hospital, tive a oportunidade de observar algumas consultas, percebendo a importância do papel de enfermagem no pós-transplante. Uma das funções que mais tempo “ocupa” à enfermeira durante estas consultas, é a gestão e adesão terapêutica por parte dos doentes. Esta necessita de monitorização em todas as consultas uma vez que são frequentes os ajustes a fazer, nomeadamente a dose dos imunossuppressores com base no doseamento dos mesmos.

Durante as consultas que observei pude constatar a facilidade com que os doentes falavam do seu transplante e da sua situação. Todos eles questionavam acerca das suas análises, nomeadamente o valor da creatinina (é evidente que sabiam do que estavam a falar e tinham noção dos valores ideais e conheciam a evolução dos seus próprios valores), acerca dos parâmetros da imunossupressão e, sobretudo, questionavam sobre o resultado da urocultura que, curiosamente, não se admiravam se este fosse positivo. Todos eles sabiam bem relacionar os sintomas de uma infeção urinária com os seus próprios sintomas. Assim, foi claro perceber que, ao longo destas consultas, é dado valor e promovido o *empowerment* dos doentes.

Pude ainda constatar que esta consulta de enfermagem é muito valorizada não só pelos doentes, mas também pela equipa médica. A consulta médica é feita após a de enfermagem e os médicos recorrem, com alguma frequência, à enfermeira para esclarecimento de dúvidas ou para partilhar e discutir alguma situação em particular.

Infelizmente não tive a oportunidade de observar qualquer consulta de enfermagem de pré-transplante uma vez que não aconteceu nenhuma.

No hospital B esta consulta de enfermagem não existe.

### **Consulta de Enfermagem de Acessos Vasculares**

No hospital A, esta consulta é realizada no serviço de nefrologia e em, pelo menos, dois momentos distintos. Num primeiro momento a enfermeira esclarece o objetivo daquela consulta, e informa a pessoa sobre o que é, para que serve um acesso vascular e como se processa a construção do mesmo. Faz também um ensino sobre cuidados a ter com o acesso e com o membro onde este será construído. Esta primeira consulta é seguida de uma consulta com o cirurgião vascular que informará o doente onde e qual o acesso a construir.

O segundo momento com a equipa de enfermagem acontece na altura de remoção dos pontos da construção do acesso. Este momento é de grande importância, uma vez que é nesta altura que a enfermeira avalia o acesso despistando, precocemente, qualquer sinal de disfunção primária do mesmo, o que permite o planeamento da intervenção adequada à situação.

A maior parte destas consultas são realizadas a pessoas que ainda não iniciaram qualquer TSFR. Isto permite que o doente inicie hemodiálise já com um acesso construído, funcionante e devidamente desenvolvido.

No hospital B esta consulta realiza-se no serviço de Cirurgia Vascular. Tal como no hospital A, existe um momento de consulta pré-construção de acesso e um outro pós (no momento de remoção dos pontos ou agafos). Infelizmente os enfermeiros de nefrologia não são responsáveis por estas consultas, no entanto têm um papel bastante ativo no que diz respeito a



informar os doentes sobre cuidados a ter com o membro do acesso (pré e pós construção).

### 3.1.3 – Avaliação

Estes ensinamentos clínicos provaram ser fundamentais para o meu desenvolvimento de competências como enfermeira especialista de nefrologia. Percebi que se no início do mesmo, e de acordo com o quadro de referência de Benner a minha autoavaliação me colocava no nível de iniciada avançada, hoje assumo a minha autoavaliação como me encontrando no nível de competente e já próximo do nível de proficiente. A minha perspetiva sobre o que seria este ensino clínico recaía sobre a pouca prática e alguns conhecimentos que já adquirira sobre a Diálise Peritoneal no meu local de trabalho e em formações que assisti como formanda. No entanto rapidamente percebi que a forma como se atingem os fins pretendidos para cada situação, para cada doente, não são, de todo, através dos mesmos meios.

Pude constatar que apesar da minha facilidade de comunicação e o recorrer a técnicas como a simulação e o *role-playing* (sem dúvida facilitadoras no processo de aprendizagem), um ensino bem sucedido depende muito da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente/cuidador.

Toda a minha aprendizagem nestes ensinamentos clínicos fez-me entender a DP como uma TSFR que não tenho que “temer”. Sinto-me, hoje, à vontade para prestar cuidados a estes doentes no meu local de trabalho sempre que assim for necessário e sem qualquer receio. Na realidade, uma vez que os meus colegas e chefe tiveram conhecimento da realização destes ensinamentos clínicos, sou hoje mais solicitada para intervir junto destes doentes sempre que necessário, sobretudo em momentos em que o colega da DP não se encontra no serviço.

Considero assim, que os objetivos por mim traçados para estes ensinamentos clínicos foram atingidos, tendo obtido uma avaliação qualitativa de Excelente por parte dos meus orientadores e que se anexa neste relatório (anexo 1).

### 3.2 – Ensino Clínico na Unidade de Medicina Paliativa de um Hospital Central de Lisboa

Este ensino clínico foi selecionado com o intuito de aprender/adquirir competências na prática de Ações Paliativas por forma a poder colocá-las em prática no meu local de trabalho. Esperava participar na referência de, pelo menos, um DRCT para este serviço, por forma a que este pudesse usufruir destes cuidados tão diferenciados, tão importantes... No entanto, apesar do contato constante com o meu próprio serviço, rapidamente percebi que não tal não aconteceria uma vez que os cuidados paliativos são ainda vistos como algo que não se deseja integrar, algo que não se aceita.

Exemplo disso foi um encontro casual na cafetaria com os médicos Nefrologistas do meu serviço:

Médico X - “Então não estava de férias? Que anda aqui a fazer?”

Eu - “E estou... do serviço, mas continuo no estágio!”

Médico X - “Ah! Então é onde está a estagiar agora?”

Eu - “Estou na Medicina Paliativa.”

Médico X (fazendo uma careta) - “Na Medicina Paliativa?!? Ah... Pois... Você gosta muito dessas coisas...”

#### 3.2.1 – Descrição das Atividades

Objetivo geral	Objetivos específicos
Desenvolver competências no domínio da educação de doentes e família/cuidadores de modo a promover e facilitar a capacidade de aceitação e adaptação à doença.	No final deste ensino clínico devo ser capaz de, e sob a supervisão da orientadora: <ul style="list-style-type: none"><li>* Participar nas consultas de primeira vez, realizando os registos adequados;</li><li>* Realizar uma consulta de enfermagem de cuidados paliativos de seguimento, realizando os registos adequados;</li><li>* Realizar um ensino relacionado com a gestão terapêutica ao utente/família/cuidador.</li></ul>

Ampliar conhecimentos técnicos e científicos na área dos cuidados paliativos que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência.	No final deste ensino clínico devo ser capaz de:  * Aplicar conhecimentos técnicos e científicos adquiridos na Formação “A Prática do Cuidar em Medicina Paliativa”;  * Participar ativamente na prestação de cuidados de enfermagem ao doente referenciado para CP.
Conhecer os recursos do hospital/comunidade que poderão favorecer a intervenção da Medicina Paliativa (ao DRCT).	No final deste ensino clínico devo ser capaz de:  * Conhecer os diferentes recursos disponíveis ao doente/família referenciado à MP, no hospital e na comunidade, bem como a legislação respetiva (nomeadamente as redes de apoio familiar e sociais).
Desenvolver, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem na área dos cuidados paliativos.	No final deste ensino clínico devo ser capaz de:  * Desenvolver e avaliar um plano de intervenção na área dos cuidados paliativos.
Promover, junto da equipa de enfermagem da Unidade de Diálise, o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.	No final deste ensino clínico devo ser capaz de:  * Realizar uma sessão de formação aos pares, como formação em serviço, relacionada com as intervenções de enfermagem paliativa a efetuar ao DRCT, obtendo uma avaliação positiva por parte dos mesmos.

### 3.2.2 – Reflexão Crítica

Neste momento de ensino clínico pretendia, inicialmente, desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área dos Cuidados Paliativos e participar nas intervenções de enfermagem aos doentes referenciados à UMP, nomeadamente ao DRCT. Rapidamente percebi que intervir, praticando ações paliativas ao DRCT não seria uma realidade diária. Tal como nos diz a literatura, juntamente com a minha percepção da realidade no meu dia-a-dia no local de trabalho, os DRCT não são referenciados para cuidados paliativos, pela DRC em si, mas por uma outra doença crónica, nomeadamente uma doença oncológica. Foi o que aconteceu ao longo deste ensino clínico. Uma única pessoa com doença renal crónica terminal foi referenciada... pela sua

doença oncológica. E, por forma ser capaz de desenvolver, avaliar e reformular, se necessário, um plano de intervenção de enfermagem na área dos cuidados paliativos, procedi à elaboração de um estudo de caso (apêndice 4), que no final apresentei para reflexão/discussão, em contexto de formação de trabalho (apêndice 5) aos colegas da UMP. Esta apresentação teve um feedback muito positivo sendo o objetivo principal da enfermeira chefe de promover uma discussão sobre situações que acontecem no dia a dia fossem debatidas completamente atingido.

As consultas de cuidados paliativos englobam: a consulta de primeira vez, as consultas subsequentes, as consultas/monitorizações telefónicas e as consultas intra-hospitalares. Todas estas consultas têm um objetivo comum: o **controlo de sintomas**, um dos objetivos primordiais dos cuidados paliativos. Apresento, de seguida, uma reflexão da minha experiência neste ensino clínico sobre cada uma destas consultas.

### **Consulta de primeira vez**

A consulta de primeira vez é uma consulta de elevado grau de complexidade. Não se conhecer o doente/família/cuidador, nem tampouco o que os mesmos sabem acerca da doença, dos objetivos desta consulta e, conseqüentemente, o que os levou a serem conduzidos à equipa pode ser um elemento dificultador do estabelecimento da relação terapêutica.

Na consulta de primeira vez é obrigatória a intervenção da equipa multidisciplinar: médico, enfermeiro (cuja presença de um implica a presença do outro), a assistente social e a psicóloga, sendo que cada um tem a sua função definida:

- Médico: Consulta e avaliação médica; prescrição de exames e terapêutica;
- Enfermeiro: Consulta e avaliação de enfermagem; ensinos de enfermagem; prática de procedimentos e técnicas de enfermagem; administração terapêutica;

- Assistente Social: expõe apoios existentes na comunidade dos quais o doente/família/cuidador poderão usufruir (nomeadamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados – ECCI – ou as UCP);
- Psicóloga: breve avaliação da vivência do doente/família/cuidador relativamente à doença, disponibilizando-se para consultas subsequentes se assim o desejarem.

Por forma a conhecer os diferentes recursos disponíveis ao doente/família referenciado à MP, no hospital e na comunidade, bem como a legislação respetiva (nomeadamente as redes de apoio familiar e sociais) fiz uma pesquisa referente aos apoios na comunidade mais frequentes nesta UMP (apêndice 6).

### **Consulta subsequente**

Esta consulta acontece com uma frequência diferente para cada doente/família/cuidador. Ou seja, depende de como estão, ou não, controlados os sintomas.

Durante esta consulta faz-se uma reavaliação da situação do doente/família/cuidador e procede-se aos ajustes necessários. Estes podem ir desde a revisão da terapêutica – fazendo-se o respetivo ensino da sua gestão – ao esclarecimento de dúvidas que surgem.

Quer na consulta de primeira vez, quer nas consultas subsequentes, podem fazer-se procedimentos como:

- colheitas de sangue;
- administração de terapêutica (*Per Os* – PO – ou Ev);
- realização de pensos;
- colaboração com a médica na realização de paracentese;
- ...

### **Consulta/Monitorização telefónica**

Estas consultas/monitorizações fazem-se por contato telefónico entre o enfermeiro e o doente/família/cuidador. Este contato pode ser iniciado, ou não, pelo enfermeiro. Com estas monitorizações pretende-se fazer uma avaliação do controlo sintomático do doente, podendo ser fornecidas alternativas caso o enfermeiro assim o considere necessário. Alternativas estas, que são de grande responsabilidade para o enfermeiro e que também refletem a autonomia que a equipa de enfermagem detém. No entanto, em casos aparentemente mais complicados, o enfermeiro solicita sempre o apoio da médica. Caso esta não esteja presente na altura são feitas sugestões que estejam englobadas no plano terapêutico do doente e solicita-se um novo contato telefónico posterior, com a garantia que se poderão fornecer alternativas mais eficazes, e de acordo com opinião/indicação médica.

Não são consultas fáceis e, por vezes, são extenuantes. O facto de não se visualizar o doente e, por vezes, nem sequer o ouvir dificulta em muito o diagnóstico de enfermagem relativo à situação. Ao telefone não se consegue “medir” a gravidade da situação... Ao telefone temos que “acreditar” no que nos é dito... Ao telefone temos que valorizar o que o outro nos diz (e que numa consulta presencial mais facilmente se perceberia que há uma outra situação que seria mais premente valorizar)...

### **Consulta intra-hospitalar**

A consulta intra-hospitalar é feita concomitantemente com o médico e o enfermeiro da UMP. São consultas efetuadas no serviço onde o doente (referenciado para os CP) se encontra internado por um qualquer motivo. Infelizmente, por cultura e uma questão de respeito, apesar de se ter conhecimento que determinado doente se encontra internado NÃO se realiza esta consulta sem que o serviço de internamento (médico assistente ou enfermeiro) assim o solicite.

Nesta consulta é feita uma avaliação dos sintomas presentes com o objetivo de fornecer estratégias para a solução/alívio dos mesmos.

### 3.2.3 – Avaliação

Este ensino clínico provou ser fundamental para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no sentido de promover e intervir na prática de ações paliativas ao DRCT. Percebi que no início do mesmo, e de acordo com o quadro de referência de Benner, a minha autoavaliação, em relação a estas práticas, me colocava no nível de iniciada. Hoje assumo a minha autoavaliação como me encontrando no nível de competente. A minha perspetiva sobre o que seria este ensino clínico recaía sobre a pouca, ou até mesmo nenhuma, experiência no que diz respeito à prática de ações paliativas. Para o meu desenvolvimento de competências nesta área foi fundamental a formação “A Prática do Cuidar em Medicina Paliativa”. A participação nesta formação (como formanda) fazia parte de um dos objetivos a que me propus atingir para este ensino clínico e foi terminada com aproveitamento e com uma classificação de 17 valores (anexo 2).

Toda a minha aprendizagem neste ensino clínico fez-me entender que os cuidados paliativos correspondem a uma resposta para aquelas pessoas cujos “tratamentos” – palavra que elas tanto usam – já não têm como objetivo a cura da sua doença. Os cuidados paliativos e eu, como Enfermeira Especialista e a prestar Ações Paliativas, temos como finalidade o controlo de sintomas com o propósito de melhorar ao máximo a qualidade de vidas destes doentes até ao fim da sua Vida.

Sendo um dos objetivos “promover, junto da equipa de enfermagem da Unidade de Diálise, o desenvolvimento de aprendizagens profissionais” através da realização de uma formação em contexto de trabalho relacionada com a prática de ações paliativas ao DRCT, considerei pertinente saber o que os meus colegas percepcionam em relação ao tema, ou seja, como é que os meus pares encaram a necessidade de referenciação para cuidados paliativos e/ou prestação de ações paliativas à pessoa com DRCT. Para isso elaborei um questionário (apêndice 7) muito simples, baseado no NECPAL CCOMS-ICO© Tool, um documento que funciona como ferramenta para identificar a necessidade de cuidados paliativos a pessoas com uma doença avançada – terminal (anexo 3). Este questionário foi aplicado, no período de 4 a 18 de dezembro de 2015, exclusivamente à equipa de enfermagem a exercer

funções de prestação de cuidados diretos ao DRCT na Sala de Hemodiálise, após a obtenção de uma resposta positiva para a aplicação do mesmo por parte da Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar em questão (anexo 4). Depois do tratamento dos resultados obtidos (descritos no apêndice 8), estes foram apresentados aos colegas inserido na formação em contexto de trabalho anteriormente mencionada (apêndice 9).

Considero assim, que os objetivos por mim traçados para este ensino clínico foram atingidos, tendo obtido a avaliação qualitativa de Excelente por parte da minha orientadora e que anexo neste relatório (anexo 4).



## CONCLUSÃO

Embora a definição inicial de Norton de diálise como uma forma de tratamento paliativo seja literalmente correta, os avanços técnicos, o maior acesso e a expectativa da comunidade, fizeram da diálise um tratamento de rotina e quase que uma forma de sustentação da vida para fase terminal da doença renal (Ashby et al., 2005).

Há evidência do crescente envolvimento de equipas de cuidados paliativos em fase terminal a pessoas com doença renal crónica. No entanto, parece-me pertinente considerar a prestação de cuidados paliativos ao DRCT, nomeadamente em Portugal, ainda numa fase muito inicial, prematura, talvez. Esta condição foi um ponto que dificultou a elaboração deste meu relatório de estágio, uma vez que a literatura encontrada baseia-se, sobretudo, na intervenção médica relacionada com cuidados paliativos, não havendo muita referência ao papel do enfermeiro de nefrologia na prestação destes cuidados. Uma mais valia foi, sem dúvida, o ensino clínico que realizei numa Unidade de Medicina Paliativa, no qual esteve inserida a formação “A Prática do Cuidar em Medicina Paliativa”.

Atualmente a realidade portuguesa por mim percepcionada está ainda algo aquém da de outros países, nomeadamente os referidos na RSL. Na instituição onde presto funções não existe, no momento, uma consulta de enfermagem onde seja possível abordar questões como o prognóstico da doença. Os nefrologistas não estão atentos a questões relacionadas com CP, não sendo possível abordar o doente e seus cuidadores no que diz respeito à sua possibilidade de escolha de não iniciar ou suspender uma TSFR. Consequentemente o plano de cuidados antecipatório não se estabelece.

Como futura enfermeira especialista na vertente de nefrologia e mestre em enfermagem, e estando na prestação direta de cuidados ao DRCT, considere este trabalho fundamental para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como na área de competências definidas ao enfermeiro de nefrologia pela EDTNA/ERCA, sem esquecer competências do enfermeiro especialista na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

O desenvolvimento destas competências facilitou o meu envolvimento com a equipa de Cuidados Paliativos do Hospital onde presto funções e, de certa forma, tornou-me um elemento de referência para com os meus pares. Tendo conhecimento do meu trabalho desenvolvido ao longo deste tempo, assim como através da ação de formação ministrada relacionada com ações paliativas ao DRCT, fui já por diversas vezes, abordada no sentido de me questionarem acerca do controlo de sintomas, mais concretamente a dor.

Segundo Barroso (2010) a articulação da prática de ações paliativas com as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos é útil, pois nas unidades de internamento de agudos onde há uma grande prevalência de doentes paliativos, estas equipas podem afirmar-se como um recurso acessível para o encaminhamento de doentes que carecem de cuidados paliativos.

Não sendo elemento constituinte da equipa de Medicina Paliativa, como futura enfermeira especialista na vertente Nefrológica, tenho clara noção e consciência que cabe a mim desenvolver e promover, na minha equipa, a prestação de ações paliativas. Considero que seria importante formalizar a existência de um enfermeiro especialista de nefrologia de referência e com permanente contato com a equipa de Medicina Paliativa por forma a que se facilitasse a prestação destes cuidados, uma vez que este enfermeiro estará mais desperto para as necessidades dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARS Norte I.P. (2014). Manual De Procedimentos para implementação de desenvolvimento da ECCI. *Administração Regional Da Saúde Do Norte, I.P.*, 69.
- Ashby, M., op't Hoog, C., Kellehear, A., Kerr, P. G., Brooks, D., Nicholls, K., & Forrest, M. (2005). Renal dialysis abatement: lessons from a social study. *Palliative Medicine*, 19(5), 389–396. doi:10.1191/0269216305pm1043oa
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ed.) (2nd ed.). Lisboa. Retrieved from <http://livromedica.pt/images/26af254311e450dc7a9989bd131b1ad1.jpg?osCsid=gc1vface8386lus1n9se2ibl61>
- Barroso, R. (2010). *Condições Para O Desenvolvimento De Acções Paliativas Num Internamento De Agudos*. Universidade de Lisboa; Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (Q. Editora, Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Boyle, P., & Ferlay, J. (2005). Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Annals of Oncology*, 16(3), 481–488. doi:10.1093/annonc/mdi098
- Brown, E. a. (2007). Epidemiology of renal palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 10(6), 1248–1252. doi:10.1089/jpm.2007.0033
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada Evidência. Lisboa.
- Capelas, M. L., Silva, S. C. F. S., Alvarenga, M. I. S. F., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 1(2), 7–13.

- Chaves, J. H. B., Mendonça, V. L. G. de, Pessini, L., Rego, G., & Nunes, R. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Revista Dor*, 12(3), 250–255. doi:10.1590/s1806-00132011000300011
- Cohen, L. M., Poppel, D. M., Cohn, G. M., & Reiter, G. S. (2001). A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *Journal of Palliative Medicine*, 4(2), 167–172. doi:10.1089/109662101750290209
- Crail, S., Walker, R., & Brown, M. (2013). Renal supportive and palliative care: position statement. *Nephrology*, 18(6), 393–400. doi:10.1111/nep.12064
- Dell'Acqua, M. C., & Miyadahira, a. M. (2000). Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*. doi:10.1590/S0080-62342000000400010
- Diário da República. (2006). Decreto Lei n.º 101/2006, 3856–3865. Retrieved from [http://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. ., Neves, A. P. G., Silva, A. S. ., & Castro, S. A. (2011). Adesão Ao Regime Terapêutico Na Doença Crônica : Revisão Da Literatura. *Millenium*, 40, 201–219.
- Fassett, R. G., Robertson, I. K., MacE, R., Youl, L., Challenor, S., & Bull, R. (2011). Palliative care in end-stage kidney disease. *Nephrology*, 16(1), 4–12. doi:10.1111/j.1440-1797.2010.01409.x
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, J. R. F. D. S., Costa, S. F. G. Da, Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L. De, & França, I. S. X. De. (2013). Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica : enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(3).
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (3rd ed., pp. 335–376). Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). Margaret Neuman. In *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4th ed., pp. 311–322). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Hailey, B. J., & Moss, S. B. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology, Health and Medicine*, 5(919435511), 395–406. doi:10.1080/13548500020002217
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação* (2nd ed.). Loures: Lusociência.
- Harrison, K., & Watson, S. (2011). Palliative care in advanced kidney disease: a nurse-led joint renal and specialist palliative care clinic, 17(1), 42–46.
- Hussain, J. A., & Russon, L. (2012). Supportive and palliative care for people with end-stage renal disease. *British Journal of Hospital Medicine* (17508460), 73(11), 640–644. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011746475&lang=ja&site=ehost-live>
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice[JB]. (2014). *Reviewers' manual*. Retrieved from [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
- Junior, J. E. R. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(1), 1–3.
- Madar, H., Gilad, G., Elenhoren, E., & Schwarz, L. (2007). Dialysis nurses for palliative care. *Journal of Renal Care*, 33(1), 35–38.
- Marques, A. L. (2014). História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. *Cuidados Paliativos, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 1(1), 7–12.
- Ministério da Saúde. (2004). Programa Nacional De Cuidados Paliativos. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Direc??o-Geral+da+Sa?de#2>
- Ministério da Saúde. (2010). Mais Cuidados Continuados Integrados.
- Ministério da Saúde. (2015). ACES. Retrieved December 9, 2015, from <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAdedeCuidadosdeSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/ACES/tabid/769/language/pt-PT/Default.aspx>

- Ministério da Saúde - DGS. (2013). Portugal: Doenças Oncológicas em números - 2013.
- Mistério da Saúde. (2010). Programa nacional de cuidados paliativos. *Ministério Da Saúde de Portugal*, 1–40. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/cuidados+paliativos.htm>
- Murtagh, F., Spagnolo, A., Panocchia, N., & Gambaro, G. (2010). Conservative management of end stage renal disease and withdrawal of dialysis. *The CANNT Journal*, 20(2), 36–37.
- National Kidney Foundation. (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Clasification and Stratification. American Journal of Kidney Diseases* (Vol. 39). doi:10.1634/theoncologist.2011-S2-45
- National Kidney Foundation. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 163. doi:10.1038/kisup.2012.76
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model. Pearsons*. doi:10.1097/00006199-198401000-00007
- Noble, H. (2008). Supportive and palliative care for the patient with end-stage renal disease. *British Journal of Nursing*, 17(8), 498–504.
- Noble, H., & Rees, K. (2006). Caring for people who are dying on renal wards: a retrospective study. *EDTNA/ERCA Journal (English Ed.)*, 32(2), 89–92.
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. doi:10.1089/jpm.2011.0207
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®. *Cadernos OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Vasa (Portuguesa.). Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal - Perspectiva ética* (1ª ed.). Lusociência.
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - conceitos e prática clínica* (6th ed.). Loures: Lusociência.
- Pulido, I., Baptista, I., Brito, M., & Matias, T. (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 17(4), 222–226.
- Queiroz, A. H., Alves e Souza, Â., & Pontes, R. (2013). Cuidado no FInal da Vida: Reflexões Sobre a Morte e o Morrer. *Scientia*, 1(2).
- Saini, T., Murtagh, F. E. M., Dupont, P. J., McKinnon, P. M., Hatfield, P., & Saunders, Y. (2006). Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. *Palliative Medicine*, 20(6), 631–636. doi:10.1177/0269216306070236
- Sampaio, R. ., & Mancini, M. . (2007). Estudos de revisão sistemática : um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83–89.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva- Guia para a Reflexão Estruturada.pdf. *Referência*, 11, 59–62.
- Santos, M. C. L., Pagliuca, L. M. F., & Fernandes, A. F. C. (2007). Cuidados Paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(2).
- Seccareccia, D., & Downar, J. (2012). Should I go on dialysis , Doc ? *Canadian Family Physician*, 58, 1353–1356.
- Sedgewick, J., Noble, H., Ho, T. M., Kafkia, T., & Van Waelegheem, J.-P. (2010). CE: continuing education article. Integration of palliative care for patients with stage 5 chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, 36(4), 218–26. doi:10.1111/j.1755-6686.2010.00204.x

- Serviço Nacional de Saúde. (2010). Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013. *Unidade de Missão Para Os Cuidados Continuados Integrados*, 1–76.
- SPN. (2015). *Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal*.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2nd ed.). Lusociência.
- Thorsteinsdottir, B., Swetz, K. M., Feely, M. a., Mueller, P. S., & Williams, A. W. (2012). Are there alternatives to hemodialysis for the elderly patient with end-stage renal failure? *Mayo Clinic Proceedings*, 87(6), 514–516. doi:10.1016/j.mayocp.2012.02.016
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vitorino, M. (2012). *Gestão do Regime Terapêutico : Dificuldades dos cuidadores familiares à pessoa com demência ( Alzheimer ) com contexto domiciliário*. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- White, R. B. (2003). Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 31(4), 432–435. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/15453235>
- White, Y., & Fitzpatrick, G. (2006). Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making. *EDTNA/ERCA Journal (English Ed.)*, 32(3), 99–103. doi:10.1111/j.1755-6686.2006.tb00460.x
- WHO. (2007). Cancer control: Knowledge into action. *WHO Guide for Effective Programmes*. doi:ISBN: 92 4 154734 5
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. *Who*, 1–194.



- World Health Organization. (2015). WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organization*, 1–2. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>
- Young, S. (2009). Rethinking and integrating nephrology palliative care: A nephrology nursing perspective. *CANNT Journal*, 19(1), 36–44. Retrieved from [http://search.proquest.com.ezproxy.library.uvic.ca/docview/236665231?accountid=14846&url=http://lg5jh7pa3n.search.serialssolutions.com/?ctx\\_ver=Z39.88-2004&ctx\\_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft\\_id=info:sid/ProQ:cbcacomplete&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journ](http://search.proquest.com.ezproxy.library.uvic.ca/docview/236665231?accountid=14846&url=http://lg5jh7pa3n.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ:cbcacomplete&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journ)
- Zoccali, C., Kramer, A., & Jager, K. J. (2010). Chronic kidney disease and end-stage renal disease - A review produced to contribute to the report “the status of health in the European union: Towards a healthier Europe.” *NDT Plus*, 3(3), 213–224. doi:10.1093/ndtplus/sfp127



## **ANEXOS**



**Anexo I – Avaliação dos Ensinos Clínicos “Diálise Peritoneal”**  
(Hospital A e Hospital B)



## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Considero que a aluna Ana Freitas teve um desempenho Excelente, destacando-se na prestação de cuidados ao doente e família no âmbito do Insuficiência Renal Crónica. Os seus conhecimentos diferenciados permitiram o estabelecimento de uma relação empática com o utente, o que facilitou o esclarecimento/ensino ao utente. Na área de diagnóstico peritonal demonstrou grande capacidade prática os novos conhecimentos adquiridos, tendo sido a capacidade interventiva, sem ser uterino, na execução do trabalho com o utente, permitindo uma troca de conhecimentos. Segundo o utente o estágio foi muito útil e enriquecedor, permitindo a aquisição de conhecimentos e competências.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 06/11/2015-2016 Orientador: [Redacted] Assinatura: [Redacted]

Data: [Redacted] Assinatura: Ana Isabel de Aguiar Freitas





## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

ver folha anexa

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:

11.02.2016

Data:

Orientador

Estudante

Assinatura

Assinatura do Estudante



## Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do Campo da Prática Clínica DIÁLISE PERITONEAL

A Enf.<sup>a</sup> Ana Freitas evidenciou interesse em aprofundar os seus conhecimentos teóricos e práticos, mostrando-se empenhada em conhecer tão detalhadamente quanto possível o cuidado de enfermagem à Pessoa em programa de diálise peritoneal.

Considerando que desenvolve a sua prática profissional há vários anos neste serviço, ainda que noutra valência (hemodiálise), conseguiu desta forma potenciar as diferentes aprendizagens e mobilizar a sua própria experiência, mesmo considerando a curta duração do estágio.


Na prestação de cuidados, distingue-se pela capacidade de análise das práticas dos diferentes locais onde tem exercido ao longo do presente estágio, procurando identificar a melhor resposta para cada situação com que é confrontada.

Demonstrou qualidade e rigor na avaliação, planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem necessários, atingindo um elevado nível de autonomia nas experiências que este contexto lhe proporcionou.

Salienta-se uma grande evolução ao nível da utilização de estratégias de ensino adequadas a cada situação, bem como na sua preocupação em criar condições favorecedoras de uma comunicação eficaz.

Em relação à fase de pré-diálise, a Enf.<sup>a</sup> Ana Freitas desempenhou um papel ativo na realização da consulta de esclarecimento de enfermagem.

Neste estágio a Enf.<sup>a</sup> Ana Freitas atingiu os objetivos a que se propôs. Avalio o seu desempenho como Excelente.



11.02.2016



**Anexo II – Certificado da Formação**

“A prática do Cuidar em Medicina Paliativa”



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Isabel de Azeredo Freitas natural de Lisboa nascida em 23/08/1978, com o N.º de Cartão de Cidadão 11304911 0ZZ5 válido até 15/10/2017, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de A Prática do Cuidar em Medicina Paliativa, em 17/12/2015, com a duração de 72:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Introdução ao curso; Filosofia e princípios fundamentais em Cuidados Paliativos; Competências de enfermagem em Cuidados Paliativos	3:00	-
Organização e Gestão em Cuidados Paliativos: História dos Cuidados Paliativos; Organização dos Cuidados Paliativos em Portugal; Trabalho de Equipa	3:00	-
Abordagem das necessidades em Cuidados Paliativos ao doente/família: Adaptação ao processo de doença crónica; Metodologia de avaliação de necessidades	3:00	-
Estudos de caso	2:00	-
Gestão de sintomas em Cuidados Paliativos: Dor; Náuseas e vômitos; Dispneia e tosse; Delirium	8:00	-
Emergências em Cuidados Paliativos	2:00	-
Estudos de caso	2:00	-
Feridas em Cuidados Paliativos	2:00	-
A intervenção específica de outros profissionais na equipa de Cuidados Paliativos: A assistente social; A dietista; O enfermeiro de reabilitação	3:00	-
Fase terminal e agonia - Intervenção ao doente e família: Sedação em fim de vida	3:00	-
Estudos de caso	1:00	-
Comunicação: Competências em comunicação; Situações problemáticas em Cuidados Paliativos; Transmissão de más notícias	4:00	-
Estudos de caso	2:00	-

## CENTRO DE FORMAÇÃO

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Questões éticas em Cuidados Paliativos	4:00	-
Desenvolvimento pessoal, espiritualidade e sentido de vida	3:00	-
Estudos de caso	2:00	-
Luto em Cuidados Paliativos	2:00	-
Avaliação de conhecimentos	1:00	-
Desenvolvimento dos trabalhos de grupo; Apresentação oral dos trabalhos	21:00	-
Avaliação	1:00	-
Nota Final		17

Lisboa, 02 de fevereiro de 2016

O

(A

Certificado n.º 719/2015 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



### **Anexo III – NECPAL CCOMS-ICO© Tool**



Tool to identify  
Advanced-Terminal patients in need of  
palliative care within health and social services

## NECPAL CCOMS-ICO<sup>©</sup> Tool Version 1.0

*Authors: Xavier Gómez-Batiste, Marisa Martínez-Muñoz, Carles Blay,  
Jordi Amblàs, Laura Vila, Xavier Costa, Joan Espauella,  
Jose Espinosa, Montserrat Figuerola and Joaquim Esperalba*

## NECPAL CCOMS-ICO® TOOL (Necesidades **P**aliativas [Palliative Needs])

### TOOL TO IDENTIFY ADVANCED-TERMINAL PATIENTS IN NEED OF PALLIATIVE CARE WITHIN HEALTH AND SOCIAL SERVICES

#### What does the NECPAL CCOMS-ICO® TOOL use for?

- It is a strategy to identify patients who require palliative care, especially in general health services (primary care, conventional hospital services, etc.)
- The aim of the tool is to identify patients in need of any type of palliative care
- Once the patient is identified, a palliative approach needs to be initiated. That consisting in implementing the recommendations made explicit in the *6 Steps for Palliative Care provision* (see details further on)
- Identifying such situation **does not contraindicate nor limit measures of specific treatment of disease** if prescribed or can improve the patients' wellbeing or life quality
- Palliative care can be implemented by any health team in any health service

#### What does the NECPAL CCOMS-ICO® TOOL **NOT** use for?

- To determine prognosis or survival
- To contraindicate, necessarily, symptom control measures for a specific disease or the treatment of diverse processes
- To define the criteria for the intervention of specific palliative care teams. Such intervention would, in all cases, be determined by the complexity of each case and the proposed intervention
- To reject therapeutic curative measures that could improve the patients' quality of life

#### To whom should the NECPAL CCOMS-ICO® TOOL be administered?

To patients with **advanced chronic diseases**, with the following diagnoses and conditions:

- **Cancer** patient especially affected by the disease
- Patient with **chronic obstructive pulmonary disease (COPD)** especially affected by the disease
- Patient with **chronic heart disease** especially affected by the disease
- Patient with **chronic neurological disease** (including CVA, ALS, MS, Parkinson, motor neurone disease) especially affected by the disease
- Patient with **serious chronic liver disease** especially affected by the disease
- Patient with **serious chronic renal disease** especially affected by the disease
- Patient with **dementia** especially affected by the disease
- **Geriatric** patient who, although not suffering from any of the previous referred diseases, is in situation of **particularly advanced frailty**
- Patient who, although not being geriatric nor suffering from any of the previous referred diseases, suffers from any other **particularly serious and advanced chronic disease**
- Patient who, without being included in any of the previous groups, has recently **being admitted or taken care at home with a higher degree of intensity than expected**

#### What is considered as being a positive identification?

Any patient with :

- **Surprise Question** (question 1) with answer '**NO**', and
- At least **other question** (2, 3 or 4) with **POSITIVE** answer, according to the established criteria

#### What are the 6 Steps for Palliative Care provision?

They are the basic recommendations for palliative care provision towards the identified patients. They consist of:

1. Identifying Multidimensional Needs
2. Performing an impeccable Model of care
3. Elaborating a Therapeutic Multidimensional and Systematic Plan (Square of Care)
4. Identifying the patients' values and preferences: Clinical Ethics and Advance Care Planning
5. Making the family and the main caregiver participant
6. Carrying out case management, follow-up, continuous and urgent care, coordination and comprehensive actions among different services



## NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup> TOOL (Necesidades Paliativas [Palliative Needs])

### TOOL TO IDENTIFY ADVANCED-TERMINAL PATIENTS IN NEED OF PALLIATIVE CARE WITHIN HEALTH AND SOCIAL SERVICES

#### 1. THE SURPRISE QUESTION – an intuitive question integrating co-morbidity, social aspects and other factors

Would you be surprised if this patient dies within the next 12 months?

☐ No ☐ Yes

#### 2. CHOICE / REQUEST OR NEED<sup>1</sup> – explore if any of the following questions is affirmative

**Choice / Request:** Have either the patient with advanced disease or the main caregiver **requested**, in explicit or implicit manner, palliative/comfort treatments exclusively? Do they suggest limitation of therapeutic effort or reject specific treatments or those with curative purposes?

☐ Yes ☐ No

**Need:** Do you consider this patient **requires** palliative care or palliative treatment **at this moment**?

☐ Yes ☐ No

#### 3. GENERAL CLINICAL INDICATORS OF SEVERITY & PROGRESSION – explore the presence of any of the following criteria of severity and extreme frailty

##### Nutritional Markers, any of the following, in the last 6 months:

- ☐ Severity: serum albumin < 2.5 g/dl, not related to acute episodes of decompensation
- ☐ Progression: weight loss > 10%
- ☐ Clinical Perception of nutritional decline (sustained, intense/severe, progressive, irreversible) not related to concurrent conditions

☐ Yes ☐ No

##### Functional Markers, any of the following, in the last 6 months:

- ☐ Severity: serious established functional dependence (Barthel score < 25, ECOG > 2 or Karnofsky score < 50%)
- ☐ Progression: loss of 2 or more activities of daily living (ADL's) even though there is adequate therapeutic intervention
- ☐ Clinical Perception of functional decline (sustained, intense/severe, progressive, irreversible) not related to concurrent conditions

☐ Yes ☐ No

##### Other markers of severity and extreme frailty, at least 2 of the following, in the last 6 months:

- ☐ Persistent pressure ulcers (stage III – IV)
- ☐ Recurrent infections (> 1)
- ☐ Delirium
- ☐ Persistent Dysphagia
- ☐ Falls (> 2)

☐ Yes ☐ No

Presence of **emotional distress** with psychological symptoms (sustained, intense/severe, progressive) not related to acute concurrent conditions

☐ Yes ☐ No

##### Additional Factors on use of resources. Any of the following:

- ☐ 2 or more urgent (unplanned) hospital (or skilled nursing facilities) admissions due to chronic disease in the last year
- ☐ Need of complex/intense continuing care, either at an institution or at home

☐ Yes ☐ No

**Co-morbidity:** ≥ 2 concurrent diseases

☐ Yes ☐ No

<sup>1</sup> In Mediterranean/Latin countries, where the patient's autonomy is less evident than in Anglo-Saxon/north European countries, the family or team members are usually the ones who request either palliative care, limitation of therapeutic effort, or both measures



**4. SPECIFIC CLINICAL INDICATORS OF SEVERITY & PROGRESSION PER DISEASES** – explore the presence of specific bad prognosis criteria for the following selected diseases

**CANCER** (it requires the presence of one single criterion)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Patients with confirmed diagnosis of metastatic cancer (stage IV; and also stage III in some cases –e.g. lung, pancreas, stomach and oesophagus cancers) who present low response or contraindication of specific treatment, progressive outbreak during treatment or metastatic affection of vital organs (CNS, liver, severe pulmonary disease, etc.)
- ☐ Significant functional deteriorating (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- ☐ Persistent, troublesome symptoms, despite optimal treatment of underlying condition(s)

**CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)** (presence of two or more of the following criteria)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Breathlessness at rest or on minimal exertion between exacerbations
- ☐ Difficult physical or psychological symptoms despite optimal tolerated therapy
- ☐ In case of having functional respiratory tests (with caveats about quality of testing), disease assessed to be severe: FEV1 < 30% or criteria of restricted severe deficit: CVF < 40% / DLCO < 40%
- ☐ In case of having arterial blood gases (ABG), accomplishment of oxygen therapy at home criteria or such treatment underway
- ☐ Symptomatic heart failure
- ☐ Recurrent hospital admissions (> 3 admissions in 12 months due to exacerbations of EPOC)

**CHRONIC HEART DISEASE** (presence of two or more of the following criteria)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Heart failure NYHA stage III or IV, severe valve disease or inoperable coronary artery disease
- ☐ Shortness of breath at rest or minimal exertion
- ☐ Difficult physical or psychological symptoms despite optimal tolerated
- ☐ In case of having echocardiography: ejection fraction severely affected (< 30%) or severe pulmonary hypertension (Pulmonary pressure > 60 mmHg)
- ☐ Renal failure (FG < 30 l/min)
- ☐ Repeated hospital admissions with symptoms of heart failure/ischemic heart disease (> 3 last year)

**CHRONIC NEUROLOGICAL DISEASES (1): CVA** (it requires the presence of one single criterion)

☐ Yes ☐ No

- ☐ During acute and sub acute phases (< 3 months post-stroke): persistent vegetative or minimal conscious state > 3 days
- ☐ During the chronic phase (> 3 months post-stroke): repeated medical complications (aspiration pneumonia despite antidiarrhoea measures), pyelonephritis (> 1), recurrent febrile episodes despite antibiotics (persistent temperature post > 1 week of antibiotics), pressure ulcers stage 3-4 or dementia with severe criteria post-stroke

**CHRONIC NEUROLOGICAL DISEASES (2): ALS & MOTOR NEURONE DISEASES, MULTIPLE SCLEROSIS & PARKINSON** (presence of two or more of the following criteria)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy
- ☐ Complex and difficult symptoms
- ☐ Speech problems with increasing difficulty communicating
- ☐ Progressive Dysphagia
- ☐ Recurrent aspiration pneumonia, breathless or respiratory failure

**SERIOUS CHRONIC LIVER DISEASE** (it requires the presence of one single criterion)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Advanced Cirrhosis: stage Child C (determined in lack of complications or having treated them and optimized the treatment), MELD-Na score > 30 or with one or more of the following medical complications: diuretic resistant ascites, hepatorenal syndrome or upper gastrointestinal bleeding due to portal hypertension with failed response to pharmacologic and endoscopic treatment and with contraindicated transplant and TIPS.
- ☐ Hepatocellular carcinoma: present, in stage C or D (BCLC)

**SERIOUS CHRONIC RENAL DISEASE** (it requires the presence of one single criterion)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Serious renal failures (FG < 15) in patients to whom substitutive treatment or transplant is contraindicated

**DEMENTIA** (presence of two or more of the following criteria)

☐ Yes ☐ No

- ☐ Severity criteria: unable to dress, wash or eat without assistance (GDS/FAST 6c), urinary and faecal incontinence (GDS/FAST 6d-e) or unable to communicate meaningfully -6 or less intelligible words- (GDS/FAST 7)
- ☐ Progression criteria: loss of 2 or more activities of daily living (ADL's) in the last 6 months, despite adequate therapeutic intervention (non valorable in hyperacute situation due to concurrent processes) or difficulty swallowing, or denial to eat, in patients who will not receive enteral or parenteral nutrition
- ☐ Use of resources criteria: multiple admissions (> 3 in 12 months, due to concurrent processes –aspiration pneumonia, pyelonephritis, sepsis, etc.- that cause functional and/or cognitive decline)

#### **Anexo IV**

Autorização de aplicação do questionário aos enfermeiros do  
serviço de Hemodiálise





[REDACTED]

Exma. Senhora  
Enfermeira  
Ana Isabel de Azeredo Freitas  
Serviço de Hemodiálise

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos enfermeiros

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Hemodiálise d [REDACTED], no âmbito do Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Nefrológica.

Com os nossos cumprimentos,

[REDACTED] 03 de dezembro de 2015

A Enfermeira Directora

[REDACTED]  
Enfermeira Directora

AR/

[REDACTED]



## **Anexo V**

Avaliação do Ensino Clínico “Unidade de Medicina Paliativa”



## AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:** Demonstrou facilidade de integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, procurando orientar quando lhe foi solicitado, não tomando decisões que excedessem a sua competência. Demonstrou conhecimentos técnicos atualizados, documentados sempre que a situação de trabalho o exigiu. Teve uma boa organização, rigor e equilíbrio na execução de técnicas de enfermagem, apresentando sugestões adequadas e oportunas. A sua forma de trabalhar inspira confiança, tranquilidade e confiança, assumindo uma atitude ativa, de total disponibilidade e sempre presente. Estabeleceu com os doentes e cuidadores primários uma relação terapêutica, respeitando os princípios inerentes à relação de ajuda, respeitando o longo do estágio atividades facilitadoras da comunicação, tendo sempre em conta o quadro de necessidades do doente e cuidador um dos pilares fundamentais das intervenções de enfermagem. Foi assíduo e pontual. Pelo exposto, proponho a nota qualitativa de Excelente (18 valores).

avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 6/1/016

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

Ana Isabel de Aguiar Costa

de Aguiar Costa



## **APÊNDICES**





## **Apêndice I**

Formação em Contexto de Trabalho

“Diálise Peritoneal – Princípios e Fundamentos”



<b>Ensino Clínico</b>	Aluna	Ana Isabel Freitas & [REDACTED]
Diálise Peritoneal	Docente Orientador	Prof.ª Maria Saraiva [REDACTED]
<b>Atividade</b>	<b>Formação em Contexto de Trabalho</b>	
<b>Janeiro, 2016</b>	“Diálise Peritoneal – Princípios e Fundamentos”	



## Diálise Peritoneal

### Objetivo Geral:

- Aquisição de conhecimentos para a prestação de cuidados de enfermagem específicos na Diálise Peritoneal

## Diálise Peritoneal

### Objetivos Específicos:

- Identificar as técnicas de DP;
- Identificar os tipos de solução dialisantes e as suas indicações;
- Conhecer os cuidados e a vigilância a ter com o Orifício de Saída (OS) e o túnel SC do cateter intraperitoneal (de Tenckhoff);
- Proporcionar conhecimento e familiarização na execução dos ciclos manuais e automáticos;
- Reconhecer os sinais e sintomas que podem indicar complicações.

## Díálise Peritoneal

### Definição de Díálise Peritoneal

\* Processo substitutivo da função renal baseado nos princípios de difusão, convecção e osmose. Estes permitem a transferência de moléculas e água do sangue para a solução dialisante, através da membrana peritoneal.

\* Consiste na infusão, na cavidade abdominal, de uma solução dialisante, através de um cateter permanente.

4

### Díálise Peritoneal – o que acontece?

Na DP, a membrana utilizada é natural – o **peritонеu** - que é uma membrana fina e muito rica em pequenos vasos sanguíneos. Esta membrana envolve, por uma das suas faces, as vísceras abdominais e a parede abdominal. A outra face delimita um espaço livre, a **cavidade abdominal**.

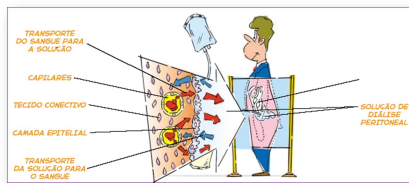
É na cavidade abdominal que é introduzido o **dialisante**, através do cateter de DP, também denominado de Cateter de Tenckhoff.

5

### Díálise Peritoneal – princípios básicos

Na DP verifica-se:

- \* Correção do equilíbrio electrolítico;
- \* Equilíbrio do volume da água corporal;
- \* Controlo do metabolismo ácido-base;
- \* Purificação do sangue.



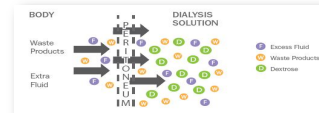
6

### Díálise Peritoneal – princípios básicos

**DIFUSÃO:** movimento dos solutos (produtos tóxicos e electrólitos) de uma solução com maior concentração para uma de menor concentração, até que o equilíbrio seja alcançado através de uma membrana;

**CONVECÇÃO:** movimento de moléculas e fluidos (devido ao existente fluxo de líquido sob pressão, este arrasta consigo os solutos que passam através da membrana);

**OSMOSE:** movimento da água de uma área de menor concentração de solutos para uma área com maior concentração de solutos, através de uma membrana. Na DP o soluto, que é chamado de agente osmótico, é normalmente a glicose.



7

### Díálise Peritoneal – as suas fases

#### 1ª DRENAGEM:

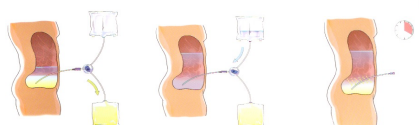
A solução de DP já saturada (efluente) é drenada da cavidade peritoneal para o saco de drenagem, por gravidade, através do cateter.

#### 2ª INFUSÃO:

Uma nova solução de DP, previamente aquecida a 37°C – é infundida, por gravidade, para a cavidade peritoneal vazia.

#### 3ª PERMANÊNCIA:

Durante este tempo ocorre a diálise. Os produtos tóxicos e o excesso de água são removidos do sangue através da membrana peritoneal.



8

### Díálise Peritoneal – Dialisantes

Soluções com Glicose				Soluções sem Glicose (exclusivas Baxter)	
Solução isotónica (Amarela)	Solução intermédia (Verde)	Solução hipertónica (Laranja/Vermelha)		Nutrineal Aminoácidos (proteínas) Azul	Extraneal Roxo
1,36% (B)	1,5% (F)	2,27% (B)	2,3% (F)	3,86% (B)	4,25% (F)
- Permanência até 4h, pois a glicose é absorvida e perde-se o gradiente osmótico; - Menos UF.	- Permanência até 4h, pois a glicose é absorvida e perde-se o gradiente osmótico.	- Permanência até 4h, pois a glicose é absorvida e perde-se o gradiente osmótico; - Mais UF.		- Permanência até 4h, pois os aminoácidos são absorvidos e o gradiente osmótico perde-se. - UF semelhante ao dialisante de menor concentração (amarela). - Tem a vantagem de repor as proteínas que o utente perde na diálise e protege o peritонеu uma vez que não tem açúcar.	- Permanência até 12 h, pois a icodextrina não é absorvida e por isso mantém o gradiente osmótico, permitindo uma UF bastante elevada, semelhante ou superior ao dialisante de maior concentração (laranja/vermelha).

9

## Características do cateter de Tenckhoff

### Características de um bom cateter:

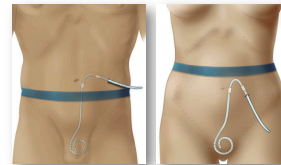
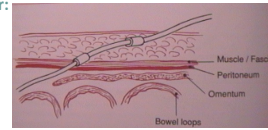
- ser biocompatível;
- o trânsito de fluidos ocorre rapidamente, sem desconforto para o doente (> 200 ml/min);
- a drenagem é completa (o volume residual de, aproximadamente, 100 ml é considerado normal);
- resistente a bactérias;
- maleável e destinado a uso prolongado;
- com tira radiopaca (localização no rx);
- tem duplo *cuff* (o tipo mais utilizado atualmente);
- tem tamanhos diferentes (adulto e pediátrico);
- ser esteticamente aceitável.

10

## Cuidados com o Orifício de Saída (OS)

### Colocação de cateter:

- Cega
- Cirúrgica
- Peritoneoscópica



11

## Cuidados de Enfermagem Pré-Implante

- Avaliação do estilo de vida do doente: ocupação, atividade profissional, atividade sexual, vestuário;
- Avaliação do abdômen: cirurgias anteriores e cicatrizes, pregas cutâneas em pé e sentado;
- Doente destro ou esquerdino;
- Patologias associadas: diminuição da acuidade visual, auditiva, doenças osteoarticulares degenerativas.

12

## Cuidados de Enfermagem Pós-Implante

- Repouso **ABSOLUTO** no leito durante 24 horas e **MODERADO** nos dias seguintes;
- Limitações relacionadas com a roupa;
- O primeiro penso é efetuado ao 5º dia (se não repassado);
- Não tomar banho completo até retirar pontos (e se orifício bem cicatrizado);
- Prevenir infecções e promover boa cicatrização;
  - crescimento e a cicatrização dos tecidos demora cerca de 6 semanas;
  - fatores que influenciam a cicatrização (a diabetes, a idade, as fugas de dialisante e os traumatismos);
- Não iniciar a DP antes dos 15 dias após colocação de cateter (idealmente);
- Se for necessário iniciar precocemente, o doente deve ser hospitalizado, permanecer em repouso e fazer infusão de pequenos volumes.

13

## Realização do penso do OS

- O primeiro penso é efectuado ao **5º DIA** após colocação;
- Imobilizar o cateter (Crescimento dos tecidos em redor dos *cuffs*; Cicatrização do OS)
- Se o penso estiver repassado, mudam-se **APENAS** as compressas exteriores;
- Os pensos são efectuados **APENAS** por profissionais experientes;
- Utilizar **TÉCNICA ASSÉPTICA**;
- Utilizar penso esterilizado, absorvente, **NÃO OCLUSIVO** até à cicatrização completa ou indicação clínica.

14

## Realização do penso do OS

### PENSOS SUBSEQUENTES

- Realizar os pensos com intervalos de 3 a 4 dias;
- Manter o OS sempre seco;
- Colher culturas se a cicatrização não evoluir;
- Retirar agrafos/pontos ao 15º dia após a colocação de cateter Tenckhoff;
- Efetuar ensino para realização de penso no domicílio (monitorização frequente no início).

15

### Classificação do OS – Escala de Twardowsky

- Perfeito
- Bom
- Equívoco
- Infecção aguda
- Infecção crônica

#### Categorias Especiais:

- Traumatismo da saída
- Infecção do cuff

16

### Classificação do OS – Escala de Twardowsky

#### Perfeito:

- apenas epiderme visível no OS
- sem exsudado, eritema ou pigmentação estranha
- crostas menos frequentes que de 7/7 dias



17

### Classificação do OS – Escala de Twardowsky

#### Bom:

- pode apresentar tecido de granulação (além da epiderme junto do *sinus*)
- crostas menos frequentes que de 2/2 dias



18

### Classificação do OS – Escala de Twardowsky

#### Equívoco:

- pode apresentar tecido de granulação exuberante em redor do *sinus*
- exsudado líquido apenas no *sinus*
- sem dor ou endurecimento
- o rubor pericaterter é < 1,3cm



19

### Classificação do OS – Escala de Twardowsky

#### Infecção aguda:

- apresenta tecido de granulação exuberante em redor do *sinus*
- existe dor e endurecimento
- exsudado líquido
- rubor pericaterter é > 1,3cm
- duração < 4 semanas



20

### Classificação do OS – Escala de Twardowsky

#### Infecção crônica:

- apresenta tecido de granulação exuberante em redor do *sinus*
- presença de exsudado no OS
- sem dor ou endurecimento
- inflamação com duração > 4 semanas



21

## Classificação do OS – Escala de Twardowsky

### Traumatizado:

- depende da natureza e gravidade do traumatismo
- pode aparecer: dor, rubor, sangue e/ou outros



22

## Classificação do OS – Escala de Twardowsky

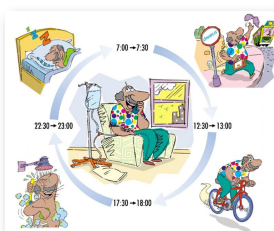
### Infeção do cuff



23

## Modalidades de Diálise Peritoneal

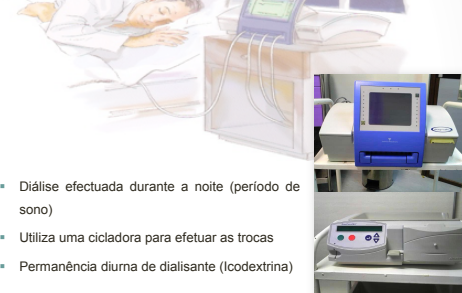
### DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória



- Diálise contínua 24h
- Movimenta-se enquanto faz diálise
- Trocas manuais adaptadas ao estilo de vida e horários dos doentes

24

## DPA – Diálise Peritoneal Automatizada



- Diálise efectuada durante a noite (período de sono)
- Utiliza uma cicladora para efetuar as trocas
- Permanência diurna de dialisante (Icodextrina)

25

## Complicações

### Complicações Clínicas

- Peritonite
- Infecção do OS/ túnel
- Hemoperitoneu

### Complicações Técnicas

- Leak (fuga de efluente da cavidade intraperitoneal para órgãos / espaços adjacentes.)
- Entrada de ar na cavidade intraperitoneal
- Dificuldade na drenagem

26

## Fatores de Risco

- Colocação imprópria do cuff subcutâneo;
- Perda de fluido rico em glicose (leak);
- Cuidados impróprios ao OS;
- Contaminação externa ou traumatismo;
- Irritação e inflamação causada por traumatismos com o cateter;
- Seleção inadequada do local do OS;
- Construção defeituosa da saída e do túnel;
- Estado portador nasal de *Staphylococcus aureus*.

27

## Peritonite

**Manifestado por:** Efluente turvo, dor abdominal, diarreia, náuseas/vômitos, febre

**Causas prováveis:**

- Contaminação do cateter ou dos equipamentos, relacionado com má higiene das mãos;
- IOS não tratada

**Causas Internas:** doenças diverticular

**Causas iatrogênicas:** realização de colonoscopia sem profilaxia

**Intervenções Possíveis:**

1. Confirmação da suspeita com colheita de efluente e sangue;
2. Lavagem peritoneal (alívio da dor)
3. Início de antibioterapia empírica.

28

## Infeção do OS

**Manifestado por:** Aparecimento de pus/exsudado

**Causas prováveis:**

- Maus cuidados ao OS;
- Maus cuidados de higiene.

**Intervenções Possíveis:**

1. Cuidados adequados ao OS,
2. Higiene pessoal adequada,
3. Em caso de suspeita efetuar zaragatoa e instituir antibioterapia empírica – não tratado pode gerar infeção do túnel e peritonite.

29

## Leak

**Manifestado por:**

Pulmão: derrame pleural;  
Órgãos genitais: edema dos grandes lábios/hidrocelo;  
Pele/técidos subcutâneos: edema da parede abdominal, aparecimento de *godet*.  
Independentemente do órgão, podem ocorrer problemas de drenagem e redução da UF.

**Causas prováveis:**

- Início precoce da DP;
- Infusão de volumes superiores ao tolerável pelo utente;
- Mau funcionamento do cateter que leve ao sobreenchimento..

**Intervenções Possíveis:**

1. Interrupção do tratamento;
2. Redução dos volumes de infusão;
3. Introdução do "dia seco" no utente em DPA

30

## Registos

- Cateter peritoneal:
  - realização do penso de proteção
  - avaliação das características do OS
- Diálise:
  - esquema do domicílio (soluções e volume IP)
  - características do drenado
  - otimizar esquema dialítico e de terapêutica
- Sinais vitais (PA, pulso e dor)
- Peso
- Diurese
- Balanço hídrico (relativamente às 24h anteriores)

31

## Bibliografia

- Franco, R., Sá, C., Torgal, C. Procedimentos de Enfermagem em Diálise Peritoneal – Guia orientador. Hospital de Santa Maria.
- Chamney, M. (2007). Competency Framework: EDTNA/ERCA. Acedido em 14/10/2015 em <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>.
- Coronel, F. [et al]– Manual Prático de Diálise Peritoneal. Alges: Revisfarma, 2006. ISBN 972-99288-5-1.
- Fresenius Medical Care (2008). Kidney Options – Ao seu Lado na Doença Renal. Programa de Educação do Doente Renal. Maia
- Fresenius Medical Care. O Seu Guia Pessoal de DP - Para o ajudar a começar. Maia.
- Montenegro, J., Correa-Rotter, R., Riella, M. Tratado de Diálisis Peritoneal. Barcelona: Elsevier, 2009. ISBN 978-84-8086-394-0.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2nd ed.). Lusociência.

32

Obrigada!

33



## **Apêndice II**

Avaliação da sessão de formação “Diálise Peritoneal”



<b>Ensino Clínico</b>  Diálise Peritoneal	Alunas	Ana Isabel Freitas [REDACTED]
	Docente	Prof. <sup>a</sup> Maria Saraiva
	Orientador	[REDACTED]
<b>Atividade</b>	<b>Formação em Contexto de Trabalho</b> <b>Diálise Peritoneal: princípios e fundamentos</b>	
<b>Fevereiro, 2016</b>	Avaliação da sessão de formação	

<b>Nº Total de formandos</b>	16 elementos
------------------------------	--------------

<b>Apreciação Global</b>	
Expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	Resposta Maioritariamente: Concordo Totalmente
Os objectivos da formação foram atingidos.	Resposta Maioritariamente: Concordo
Para a sua atividade profissional a formação foi útil.	Resposta Maioritariamente: Concordo
Favoreceu a a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	Resposta Maioritariamente: Concordo Totalmente
A teoria foi relacionada com a prática.	Resposta Maioritariamente: Concordo
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	Resposta Maioritariamente: Concordo Totalmente
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	Resposta Maioritariamente: Concordo Totalmente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	Resposta Maioritariamente: Concordo
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	Resposta Maioritariamente: Concordo Totalmente
A duração da formação foi adequada.	Resposta Maioritariamente: Concordo
O horário da formação foi adequado.	Resposta Maioritariamente: Concordo Plenamente
<b>Metodologia</b>	
Domínio dos conteúdos apresentados.	Média(de 1 a 4): 3,8
Facilidade de transmissão de conhecimentos.	Média(de 1 a 4): 3,8
Clareza na transmissão dos conhecimentos.	Média(de 1 a 4): 3,8
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	Média(de 1 a 4): 3,8
Interação com o grupo.	Média(de 1 a 4): 3,7
Interesse demonstrado no esclarecimentos de dúvidas.	Média(de 1 a 4): 3,8
Gestão do tempo.	Média(de 1 a 4): 3,9
Pontualidade	Média(de 1 a 4): 3,9



## **Apêndice III**

Folhetos informativos



**NOTAS:**  
Em caso de dúvida  
pode sempre recorrer aos manuais forneci-  
dos e/ou  
ao seu enfermeiro de referência

**Diálise Peritoneal  
Automatizada  
(DPA)  
Técnica Automatizada para Baxter**



\_\_\_\_ – **Serviço de Nefrologia**  
Unidade de Diálise Peritoneal  
Tel.: \_\_\_\_\_

**Elaborado por:**  
- Ana Freitas  
- Inês Linsins  
Alunas do 6º CEMECN  
**Data: 22/10/2015**

\_\_\_\_  
**Especialidade de Nefrologia**

**Revisão em: 19 de Outubro de 2015**

1

**Diálise Peritoneal  
Automatizada  
(procedimentos)**

**1º Antes do procedimento certifique que:**

- as portas e janelas estão fechadas;
- o ar condicionado está desligado;
- a área a utilizar está limpa.

**2º Prepare o material**

- Coloque a máscara;
- Coloque os sacos de tratamento pendurados no suporte e quebre os selos verdes
- Reúna: 1 saco de drenagem;
  - 1 cassete;
  - 1 protetor verde;
  - 1 tampa (mini-cap)
- desinfectante para as mãos

**3º Ligue a máquina**

**19º Abrir o clamp rotativo do cateter e desclampar a linha do paciente.**

**20º Pressionar GO para iniciar tratamento (Pode retirar máscara)**



Estes cuidados são fundamentais para o tratamento decorrer sem problemas

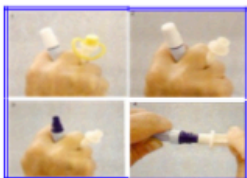
2

16º Após o preenchimento das linhas a máquina dá a informação "CONECTE-SE".

17º Quando estiver pronto a iniciar tratamento (não é obrigatório ser imediatamente após a preparação da máquina):

- abrir proteção verde
- colocar o cateter fora da roupa
- colocar máscara
- lavar e desinfetar as mãos

18º Proceda à ligação do cateter à linha do paciente. Aplique o protetor de conexão.



4º Coloque um saco de tratamento em cima da máquina (após a sua mistura estar concluída)

5º Se necessário confirmar o cartão pressione a tecla



6º Quando aparecer a informação "APORTE GO P/ INICIAR" pressione a tecla verde

7º A máquina pede para "INSERIR CASSETE". Nesta altura abre-se a porta da máquina e abre-se o pacote da cassette.

8º LAVE AS MÃOS



9º Coloque a cassette, feche a porta da máquina e fixe o organizador na porta da cassette.



10º Pressione a tecla verde. A máquina inicia o "AUTO-TESTE". Durante o auto-teste deve fechar todos os clamps e ligar o saco de drenagem.

11º No final do "AUTO-TESTE" a máquina pede para "CONECTAR BOLSAS" e "ABRIR CLAMPS".

12º Coloque a máscara, lave e desinfete as mãos

13º Proceda à ligação dos sacos com as linhas respetivas

- Linha vermelha: saco do aquecedor
- Linha azul: saco roxo (extraneal)
- Linhas com clamp branco: restantes sacos

14º Depois de ligar cada um dos sacos deve partir o selo verde e abrir o clamp da linha respetiva

15º Pressione a tecla verde e a máquina inicia o "PREENCHIMENTO DAS LINHAS"



**Estes cuidados são fundamentais para o tratamento decorrer sem problemas**

**Em caso de dúvida  
pode sempre recorrer aos manuais fornecidos e/ou  
ao seu enfermeiro de referência**

## **Diálise Peritoneal Automatizada (DPA)**

**Técnica Automatizada para Fresenius**



\_\_\_\_ Serviço de Nefrologia  
Unidade de Diálise Peritoneal  
Tel.: \_\_\_\_\_

### **Elaborado por:**

- Ana Freitas  
- \_\_\_\_\_  
Alunas do 6º CEMECN

**Data: 22/10/2015**

**Especialidade de Nefrologia**

**Revisão em: 19 de Outubro de 2015**

### **Diálise Peritoneal Automatizada (procedimentos)**

#### **1º Antes do procedimento certifique que:**

- as portas e janelas estão fechadas;
- o ar condicionado está desligado;
- a área a utilizar está limpa.

#### **2º Prepare o material**

- Máscara;
- Coloque os sacos de tratamento no local adequado, sem esquecer de quebrar os selos de segurança;
- Sistema *sleep safe* e de drenagem;
- Organizador com clip inserido;
- Cápsula de desinfecção;
- Desinfetante de mãos.

#### **17º COLOCAR A MÁSCARA**

**18º Colocar o cateter fora da roupa (não esquecer de confirmar se o clamp está fechado).**

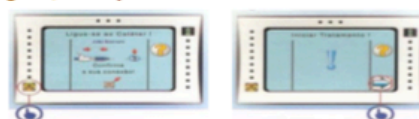
**19º Coloque a extensão do cateter no lado direito do Organizador (esquerdo se for esquerdino).**



#### **20º DESINFECTE AS MÃOS.**

**21º Conecte-se ao sistema *sleep safe* e abra o clamp do cateter**

**22º Confirme a sua conexão, pressionando a tecla externa e, de seguida, a seta para continuar.**



**13º DESINFECTE AS MÃOS!**

**14º Desenrole a linha dos sacos de tratamento e insira o conector em qualquer uma das guias livres da gaveta. Pressione a seta para continuar. A gaveta fecha-se e a cicladora confirma se os sacos estão correctos.**



**15º Ligue o conector amarelo do sistema *sleep safe* ao sistema de drenagem (Não esquecer de fechar os clamps do sistema de drenagem!). Pressione a seta para dar início ao preenchimento das linhas.**

**16º Confirmar se a linha do paciente está totalmente preenchida. Caso contrário premir a tecla "+" até o devido preenchimento (Deve iniciar o tratamento após este procedimento).**

**3º Ligue a máquina e confirme se o seu nome está correto. A cicladora estará pronta a usar quando aparece a cara sorridente no ecrã.. Pressione a cara para continuar.**



**4º Verifique se a prescrição está correcta:**

- volume máximo de infusão;
- volume total de tratamento;
- número de ciclos;
- tempo total de tratamento.



**6º Abra a embalagem exterior dos sacos necessários, do sistema *sleep safe* e do saco de drenagem (sem tocar no seu interior)**

**7º Pressione a seta da direita do ecrã da cicladora para confirmar e continuar a montagem**

**8º LAVE AS MÃOS**



**9º Insira o sistema *sleep safe* na gaveta e verifique se as linhas do paciente e de drenagem estão colocadas de forma segura nas guias da gaveta**



**10º Desenrole a linha do paciente (lado esquerdo) e coloque o PIN no Clip do Organizer. Pressione a seta para continuar.**



**11º Confirme se as soluções visualizadas no ecrã são as mesmas que preparou**



**12º Retire os sacos das embalagens e pendure-os nos ganchos laterais da mesa**

NOTAS: Em caso de dúvida  
pode sempre recorrer aos manuais forneci-  
dos e/ou  
ao seu enfermeiro de referência

**Diálise Peritoneal  
Contínua Ambulatória  
(DPCA)  
Técnica Manual para Baxter**



Serviço de Nefrologia  
Unidade de Diálise Peritoneal  
Tel: 21 2504 0000  
Fax: 21 2504 0000

Elaborado por:  
- Ana Freitas  
- [Redacted]  
Alunas do 6º CMEMCN  
Data: 22/10/2015

Especialidade de Nefrologia

Revisão em: 19 de Outubro de 2015

1

**Diálise Peritoneal  
Contínua Ambulatória  
(procedimentos)**

**1º Antes do procedimento certifique que:**

- as portas e janelas estão fechadas;
- o ar condicionado está desligado;
- a área a utilizar está limpa.

**2º Prepare o material**

- Coloque a máscara;
- Reúna: 2 pinças

1 tampa (mini-cap)  
desinfetante para as mãos



**ATENÇÃO:**

Imobilizar o cateter sem  
dobrar ou vincar!

Estes cuidados são fundamentais para o tratamento decorrer  
sem problemas

2

<p>13º Depois de infundir a quantidade de líquido desejada feche o cateter e clampe as linhas de entrada e saída</p> <p>14º Coloque a máscara</p> <p>15º Abra a tampa (mini-cap)</p> <p>16º DESINFECTE AS MÃOS</p> <p>17º Desconecte o cateter e proteja-lo com a tampa.</p> <p>18º Verifique o aspeto do líquido drenado. Pesar e registar.</p> <div data-bbox="399 739 598 840" data-label="Text"> <p>Procedimento terminado!</p> </div>	<p>- Coloque a extensão (prolongador) fora da roupa;</p> <p>- Abra o saco do dialisante a utilizar;</p> <p><b>3º LAVE AS MÃOS</b></p> <div data-bbox="869 504 1252 683" data-label="Image"> </div> <p>4º Pendure o saco e quebre o selo verde, desenrole as linhas e o saco de drenagem.</p>

3

<p>5º DESINFECTE AS MÃOS</p> <p>6º Una o cateter à linha do saco</p> <div data-bbox="359 1534 670 1702" data-label="Image"> </div> <p>7º Abra o cateter e coloque a drenar</p> <div data-bbox="430 1792 590 1915" data-label="Image"> </div>	<p>8º Feche o cateter</p> <p>9º Feche a linha de drenagem com a pinça</p> <div data-bbox="965 1512 1109 1680" data-label="Image"> </div> <p>10º Parta o selo verde</p> <p>11º Abra a pinça 2 a 3 segundos para expurgar o ar e volte a fechá-la</p> <p>12º Abra o cateter para o líquido do saco do tratamento entrar para dentro da barriga</p>

4

NOTAS: Em caso de dúvida  
pode sempre recorrer aos manuais forneci-  
dos e/ou  
ao seu enfermeiro de referência

## Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA)

### Técnica Manual para Fresenius



Serviço de Nefrologia  
Unidade de Diálise Peritoneal  
Tel.: 2  
Fax: 2

Elaborado por:  
- Ana Freitas  
-  
Alunas do 6º CEMECN  
Data: 22/10/2015

Especialidade de Nefrologia

Revisão em: 19 de Outubro de 2015

1

## Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (procedimentos)

### 1º Antes do procedimento certifique que:

- as portas e janelas estão fechadas;
- o ar condicionado está desligado;
- a área a utilizar está limpa.

### 2º Prepare o material

- Coloque a máscara;
- Reúna: 1 tampa de desinfecção  
desinfetante para as mãos



- Coloque a extensão (prolongador) fora da roupa;

### ATENÇÃO:

Imobilizar o cateter sem  
dobrar ou vincar!

Estes cuidados são fundamentais para o tratamento decorrer  
sem problemas

2

#### 12º Terminar tratamento

- Coloque a máscara

- Rodar o DISCO para a posição

- Fechar o clamp branco do cateter

- DESINFECTE AS MÃOS

- Remover a tampa de proteção

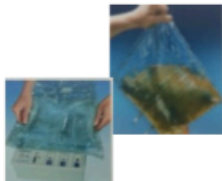
- Desconectar-se e enroscar, de imediato, a extensão do cateter à nova cápsula de desinfecção.



#### 13º Verificar o aspeto do líquido drenado.

Pesar e registar.

#### 14º Preparação de um novo saco



- Abra o saco do dialisante a utilizar, quebre as selagens central e do triângulo inferior e pendure-o no suporte.



#### 3º LAVE AS MÃOS



#### 4º Desenrole as linhas e o saco (de drenagem) e insira o DISCO no Organizer.



#### 5º Introduzir a cápsula de desinfecção (lado esq ou dto do organizer).

#### 6º Introduzir a extensão do cateter (lado dto ou esq do Organizer – lado oposto à cápsula de desinfecção).

#### 7º DESINFECTE AS MÃOS!

#### 8º Remover a cápsula de proteção do DISCO e conectar-se ao sistema.

#### 9º Abra o cateter e coloque a drenar

(O DISCO está automaticamente na posição de drenagem)



#### 10º Lavagem das linhas (remoção do ar).

Colocar DISCO na posição



#### 11º Infusão. Rodar DISCO até à posição

- Sem infusão
- Infusão a meia velocidade
- Infusão a velocidade máxima



## **Apêndice IV**

Estudo de caso

“Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal  
e Adenocarcinoma metastizado”





<b>Ensino Clínico</b>	Aluna	Ana Isabel Freitas
Unidade de Medicina Paliativa	Docente Orientador	Prof.ª Maria Saraiva [REDACTED]
<b>Atividade</b>	<b>Estudo de Caso</b>	
<b>Dezembro, 2015</b>	“Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal e Adenocarcinoma metastizado”	

## **Resumo**

Este estudo de caso foi realizado no decurso do meu ensino clínico realizado na Unidade de Medicina Paliativa (UMP) de um Hospital Central de Lisboa. Teve como finalidade desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Cuidados Paliativos por forma a ir de encontro aos objetivos estabelecidos para este mesmo ensino clínico. Uma vez que, e tal como verifiquei ao longo da elaboração do meu projeto, a DRC não é, ainda e por si só, um fator de referenciação destes doentes para Cuidados Paliativos, optei por realizar este estudo de caso a uma doente renal crónica estágio V e sob hemodiálise que foi referenciada para CP devido ao diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico ulcerado do antro estágio IV com metastização hepática. Os dados foram colhidos no período de 9 de novembro de 2015 (dia em que surge na Unidade o pedido de primeira consulta de Cuidados Paliativos) a 12 de dezembro de 2015, nas consultas de Cuidados Paliativos e com recurso ao processo de enfermagem. Planeia-se a sua apresentação e discussão junto à equipa da UMP a 17 de dezembro de 2015.

A análise dos problemas ou alterações foi realizada tendo por base o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman e o plano de cuidados foi elaborado de acordo com a linguagem CIPE®, com o intuito de direcionar os cuidados de enfermagem ao elaborar um plano de cuidados que contribua para uma relação de reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa/cuidador, para além de reafirmar a Enfermagem como ciência.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos, de cuja equipa multidisciplinar o enfermeiro faz parte desempenhando um papel ímpar e cujo cuidado abrange uma visão holística, constituem numa abordagem com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, ao controlar sintomas, bem como ao ajudar a lidar com questões sociais, psicológicas e espirituais (Saini et al., 2006; M. C. L. Santos et al., 2007; World Health Organization, 2015). O Processo de Enfermagem (PE), como instrumento de trabalho, tenta através de uma linguagem comum, caracterizar e facilitar o processo de cuidar (Dell'Acqua & Miyadahira, 2000) uma vez que este funciona como um método para a organização e prestação do cuidado de enfermagem (Potter, 1989 & Christensen, 1995 citados por Dell'Acqua & Miyadahira, 2000). O PE, ao ser executado de modo sistemático, orienta a intervenção e documenta os resultados obtidos com a intervenção executada.

O referencial teórico que sustentará este estudo de caso será a teoria de enfermagem de Betty Neuman, cujo Modelo dos Sistemas nos permite intervir, em cuidados paliativos, não só com a pessoa doente, mas com a família e grupo de pessoas como profissionais de saúde.

Em relação aos diagnósticos, resultados e intervenções, a CIPE® constitui um sistema padronizado de linguagem, quer para diagnósticos de enfermagem, como para resultados e intervenções, facilitando a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009), com vista a promover um cuidado de qualidade. Sendo o sistema de classificação CIPE® o sistema utilizado no Centro Hospitalar onde desenvolvi este ensino clínico e este estudo de caso, parece-me pertinente a utilização da sua linguagem.

Desta forma pretendo, como objetivo para a realização deste trabalho, fazer um estudo sobre uma situação específica, por forma a direccionar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades da pessoa, oferecendo o tratamento eficaz no controlo sintomático e promovendo a melhor qualidade de vida possível.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 – O modelo de sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Neuman, cujos principais componentes são o stress e a reação ao stress, é único na sua perspetiva de sistemas, fornecendo um enfoque unificador na abordagem do sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2011). É um modelo dinâmico e baseia-se no relacionamento contínuo do cliente com fatores de stress ambiental, com potencial para causar uma reação sintomática óbvia ao stress (Neuman & Fawcett, 2011). O Modelo de Sistemas de Neuman apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema do cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Freese, 2004).

Para Neuman a enfermagem, ao relacionar todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress, diz respeito à totalidade da pessoa. Deste modo, e tal como referem Neuman e Fawcett (2011), o objetivo principal da enfermagem é proporcionar bem-estar e um nível de saúde ideal para o cliente, por meio de retenção, obtenção ou manutenção da estabilidade do sistema cliente, sendo que a utilização deste modelo pelo enfermeiro facilita as abordagens dirigidas ao objetivo e holísticas ao cuidar do cliente. O enfermeiro tem uma participação ativa com o cliente e está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos *stressores*.

Os *stressores* são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente e têm o potencial de causar a instabilidade do sistema (George, 2000). Estes podem ser: intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.

A saúde é neste modelo, um continuo do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança, em que o bem-estar indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas. Deste modo, a saúde é um estado definível de equilíbrio, no qual os subsistemas estão em harmonia para que o todo possa atingir o seu potencial máximo. O ambiente e a pessoa, são identificados como os fenómenos fulcrais do Modelo de Sistemas de Neuman, sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca. O ambiente é definido como todos os factores

internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, isto é, como todas as condições, circunstâncias ou influências, rodeando ou afectando o desenvolvimento da comunidade, que estão dentro e fora dela e que fazem parte do meio ambiente (Fresse, 2004).

O formato do Processo de Enfermagem de Neuman consiste em três passos (Freese, 2004):

1. diagnóstico de enfermagem – envolve a obtenção de uma vasta base de dados a partir da qual se podem determinar as variáveis do bem-estar;
2. objetivos da enfermagem – são estabelecidos através da negociação com o cliente para as que as alterações prescritivas desejadas corrigirem as variações do bem estar;
3. resultados da enfermagem – são determinados pela intervenção de enfermagem através do uso de um ou mais modos de prevenção como intervenção. A sua avaliação tem como objetivo a confirmação dos resultados desejados, quer para reformular os objetivos de enfermagem subsequentes.

## **1.2 – Fisiopatologia**

### **1.2.1 - Adenocarcinoma gástrico**

Os carcinomas com origem no trato gastrointestinal superior constituem um grave problema de saúde a nível mundial.

O cancro do estômago é um dos mais frequentes em todo o mundo e na Europa onde, em 2004, se verificou uma incidência de 171 000 novos casos e 137 900 mortes (Boyle & Ferlay, 2005), sendo que em Portugal esta neoplasia está incluída no top 10 da Oncologia (Ministério da Saúde - DGS, 2013). A neoplasia do estômago classifica-se em quarto na tabela de incidência no sexo masculino e o quinto entre as mulheres nos países desenvolvidos, ao mesmo tempo que se situa em segundo e terceiro nos países em desenvolvimento, respectivamente. É a terceira causa de mortalidade por cancro nas nações em desenvolvimento, e quarto nos países desenvolvidos (Boyle & Ferlay, 2005).

Como a maioria dos tumores sólidos, a taxa de incidência do adenocarcinoma gástrico aumenta com a idade, sendo relativamente raro antes dos 45 anos. A maioria dos doentes encontra-se entre os 60 e os 80 anos na altura do diagnóstico.

O cancro gástrico é uma doença maligna do estômago caracterizada por crescimento desordenado de células e pela sua capacidade de migrarem do seu local de origem, disseminando-se para sítios distantes. A maioria dos tumores malignos tem origem glandular e como tal são adenocarcinomas.

Tipicamente o adenocarcinoma tem um início insidioso. Num estágio inicial é assintomático ou produz sintomas leves, razão pela qual esta patologia gástrica é muitas vezes diagnosticada numa fase avançada ou metastática. À medida que o tumor se torna mais extenso, pode desenvolver-se um desconforto abdominal, que pode variar entre uma sensação de saciedade pós-prandial precoce e uma dor grave e permanente. A dor é semelhante à da úlcera péptica em cerca de um quarto dos doentes. Na sua maioria, porém, geralmente a dor ocorre após o ato de comer e não é aliviada por alimentos ou antiácidos. Outras formas de apresentação habituais são a anorexia, náuseas e vômitos. Estes últimos podem ocorrer sem obstrução e podem ser secundários ao distúrbio da motilidade produzida pela massa neoplásica fixa na parede. Pode ainda verificar-se perda de peso (que pode ser rápida e acentuada), fadiga e fraqueza e alterações nos hábitos intestinais (com o surgimento de obstipação ou diarreia) (Phipps, Sands, & Marek, 1999).

A fraqueza e a fadiga causadas pela perda crónica de sangue oculto são comuns. A perfuração ocorre numa percentagem muito pequena de doentes e pode simular uma úlcera péptica. Quando o tumor metastiza, os sintomas adicionais podem incluir icterícia ou dor no hipocôndrio direito como resultado das metástases hepáticas, tosse devido às metástases pulmonares, soluços e desconforto abdominal vago e distensão derivados da invasão peritoneal e da ascite.

O exame físico durante os estádios iniciais do carcinoma gástrico pode ser normal. De seguida podem ocorrer redução ponderal e anemia. Com a disseminação do tumor, pode-se encontrar hepatomegália devida às metástases, icterícia ou ascite. Existe uma massa epigástrica palpável em menos da metade dos pacientes e habitualmente, porém nem sempre, indica envolvimento extenso.

Os estudos de diagnóstico consistem de exames físico objectivo, análises

sanguíneas, endoscopia digestiva alta, radiografia com contraste e a tomografia computadorizada abdominal. Existem, ainda, marcadores tumorais biológicos que permitem detetar a neoplasia gástrica. São exemplos disso o CA19-9 e o CA72-4.

### 1.2.2 - Doença Renal Crónica

A OMS define a doença crónica como sendo uma doença de longa duração e geralmente com uma progressão lenta. São doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

A doença renal crónica tem vindo a ser reconhecida como um problema de saúde pública, não só porque a sua evolução poderá resultar na necessidade de uma TSFR, mas também porque a esta doença estão associadas complicações associadas a outras doenças crónicas.

Segundo as *guidelines* da KDIGO para a avaliação e gestão da DRC, esta é definida como uma alteração estrutural ou funcional do rim, há pelo menos três meses, com implicações para a saúde. A DRC é classificada através da causa, taxa de filtração Glomerular (TFG) e nível de albuminúria (National Kidney Foundation, 2013).

Estadio	Descrição	TFG (mL/min)
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥ 90
2	Lesão renal com TFG ligeiramente diminuída	60 - 89
3	Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	30 - 59
4	Lesão renal com TFG severamente diminuída	15 - 29
5	Falência renal	≤ 15

Tabela 1: Classificação da DRC em estadios segundo KDIGO, adaptada de National Kidney Foundation (2013)

O estágio 5 da doença corresponde à **fase terminal da doença renal crónica** e, como o próprio nome indica, corresponde a uma fase da função renal na qual os rins perderam o controlo do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Nesta fase, as opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue, as Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), diálise peritoneal, hemodiálise ou o transplante renal, por forma a garantir a sobrevivência da pessoa com DRCT (Junior, 2004).

As causas mais frequentes de DRCT são: a diabetes mellitus, a glomerulonefrite, a pielonefrite, o rim poliquístico, a doença reno-vascular e a Hipertensão Arterial (HTA). Abordarei apenas a doença do rim poliquístico visto ser esta a etiologia da DRC da doente em causa.

A doença do rim poliquístico é uma perturbação hereditária em que há formação de inúmeros quistos em ambos os rins. Nos adultos, a doença poliquística renal evolui lentamente com o passar dos anos, sendo que mais de metade dos indivíduos que apresentam esta condição desenvolvem doença renal em qualquer momento da vida.

Nesta doença os rins são consideravelmente maiores que o normal e consistem numa massa compacta de quistos que são espalhados igualmente pela medula e córtex renais. Os quistos aumentam de tamanho, comprimem o tecido renal normal e acabam por romper, conduzindo à infeção e à formação de tecido de cicatrização e reduzindo assim o número de nefrónios funcionantes (Thomas, 2005).

Cerca de um terço dos que sofrem de doença poliquística dos rins apresentam também quistos no fígado, mas estes não afectam o funcionamento hepático.

### **1.3 – Adesão terapêutica**

Apesar das pesquisas relacionadas com a adesão serem, na maioria, focadas e centralizadas com a medicação, a adesão também está relacionada com comportamentos relacionados com a saúde que vão para além da toma da terapêutica farmacológica (World Health Organization, 2003).

A adesão terapêutica é definida como o “grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas pelo profissional de saúde” (Bugalho & Carneiro, 2004).

A Ordem dos Enfermeiros (2011), no seu caderno de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), define adesão terapêutica como uma “ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos”, sendo que a pessoa/família/cuidador “cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”.

A não adesão ao tratamento surge associada aos maus resultados de saúde, como a diminuição dos benefícios terapêuticos, aumentando a necessidade de medicação assim como de mais exames diagnósticos e serviços médicos (como internamentos hospitalares) (Hailey & Moss, 2000). Para além disso, a não adesão é passível de causar influência no sucesso dos tratamentos, redução da qualidade de vida, aumento da morbilidade e mortalidade, excesso de utilização dos serviços de saúde e um aumento dos custos médicos e sociais (World Health Organization, 2003).

As causas da não adesão terapêutica são múltiplas e incluem o tipo de regime terapêutico (complexidade e custo), o envolvimento do médico e a resposta do doente, assim como características individuais deste (existência de patologias concomitantes, problemas psiquiátricos, etc.) (Bugalho & Carneiro, 2004).

Já por si, a adaptação à DRCT e ao tratamento exige importantes alterações no estilo de vida e os doentes frequentemente apresentam deficiente adesão às exigências do tratamento (Mistian, 2001; Hailey & Moos, 2000).

Não existe ainda uma estratégia definitivamente comprovada para produzir melhoras universais e/ou duradouras na adesão. No entanto, usando uma abordagem centrada no paciente, incluindo a remoção de barreiras para a adesão, a educação contínua e estratégias cognitivas comportamentais, pode gerar maiores



oportunidades para os pacientes e equipa de enfermagem para melhorar tanto a adesão e resultados (R. B. White, 2003). Assim, os enfermeiros precisam conhecer as necessidades dos doentes e o grau de adesão às prescrições, para planear os cuidados (Thanassa et al. 1999). Para facilitar a adesão dos doentes ao regime terapêutico, Dias et al. (2011), citando diversos autores, identifica uma lista de ações para orientar os profissionais de saúde, nas quais incluem: escutar o doente; pedir ao doente para repetir as ações que deve realizar; efetuar prescrições simples, com linguagem acessível e de fácil compreensão; contactar o doente caso este falhe a uma consulta; prescrever um regime de tratamento que tenha em consideração os horários diários dos doentes; salientar a importância da adesão ao regime terapêutico em cada consulta efectuada; adaptar a frequência das consultas, consoante as necessidades do doente; realçar e elogiar os esforços do doente para aderir ao regime terapêutico proposto; envolver o cônjuge ou outra pessoa significativa no processo de adesão.

## 2. HISTÓRIA CLÍNICA

ABM (prefere ser tratada por AB), mulher, 62 anos, raça caucasiana, natural e residente em Lisboa, viúva, com 4 filhos (3 raparigas e 1 rapaz), reformada por invalidez. Atualmente a residir em casa de uma filha.

Trata-se de uma senhora com o diagnóstico em Agosto de 2015 de adenocarcinoma gástrico estágio IV e DRC em HD desde 2010 por doença renal poliquística.

Doenças conhecidas	1 – Adenocarcinoma gástrico estágio IV com metastização hepática, desde Agosto 2015; 2 – DRC, etiologia rins poliquístico, em HD desde 2010; 3 – Cardiopatia isquémica, com EAM em 2007 e 2008 4 – HTA; 5 – Hiperparatiroidismo; 6 – Anemia multifatorial; 7 – Dislipidémia
-----------------------	---

Regime medicamentoso	1 – Colecalciferol 0,08mg, oral, nas sessões de HD; 2 – Ácido fólico, 5mg, nas sessões de HD; 3 – Vitaminas do complexo B, 1 cp, nas sessões de HD; 4 – Eritropoetina $\beta$ , nas sessões de HD; 5 – Óxido férrico, nas sessões de HD; 6 – Pantoprazol 40mg em jejum; 7 – Sucralfato, 1gr, 1cp ao jantar;
-------------------------	---

## 10 a 14.Agosto.2015 – Internamento num serviço de Medicina

A Sr.<sup>a</sup> D. AB recorreu ao Serviço de Urgência (SU) encaminhada pela médica assistente do centro de HD (Dr.<sup>a</sup> PR) para estudo em regime de internamento de possível neoplasia oculta. Refere queixas de dor do hipocôndrio direito com irradiação lombar associada a sensação de aperto, vômitos matinais de líquido bilioso em jejum, pirose, enfartamento pós-prandial e perda ponderal de cerca de 4kg desde há dois meses. Sem alterações do trânsito gastrointestinal e perdas hemáticas. Como história clínica prévia: a 25 de Junho realizou ecografia abdominal que revelou apenas “doença poliquística renal, com evidência de lesões quísticas hepáticas”. Por agravamento das queixas recorreu ao SU de um hospital de Lisboa onde realizou nova ecografia abdominal a 6 de Agosto e que revelou “fígado francamente heterogéneo com prováveis depósitos hepáticos secundários”.

Durante este internamento realizou ecografia abdominal que revelou lesões hepáticas de etiologia mista, com lesões quísticas e lesões compatíveis com a secundarização hepática de possível processo neoplásico. Realizou ainda Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com identificação de lesão vegetante extensa ulcerada e necrosada do antro com incapacidade de progressão do endoscópio, atingindo 2/3 do perímetro.

Analiticamente destaca-se **CA 19-9** de 476 U/mL (valor de referência 37U/mL) e **CA 72-4** de 24,30 U/mL (valor de referência 4,6U/mL).

Durante internamento com tolerância da via oral.

A doente tem alta a 14 de Agosto, com indicação para:

- recorrer a consulta de Oncologia Médica – Dr.<sup>a</sup> RS;
- manter sessões de HD no centro de ambulatório.

### Plano farmacológico:

Manter	Medicação habitual
SOS	1 – Domperidona, 10mg 1cp 15min após a refeição 2 – Metoclopramida, 10mg 1cp 15min antes da refeição

## **9 a 15.Outubro.2015 – Internamento num serviço de Medicina**

Recorreu ao SU no dia 9 de Outubro de 2015, referenciada pela consulta de Oncologia (Dr.<sup>a</sup> MD) por leucocitose e com queixas de astenia marcada associada a mau estar generalizado com cinco dias de evolução. Referiu, ainda, história de vómitos de estase matinais desde Maio até meados de Agosto. Refere icterícia cutânea desde há 15 dias, mas desde há um mês sem náuseas, vómitos, acolia, colúria ou alterações do trânsito intestinal.

Nega, nesta altura, outras queixas. Ficou internada num serviço de Medicina.

### **Problemas detetados durante internamento**

Reação leucemoide<sup>1</sup> em contexto de patologia oncológica em progressão.

Doente com DRC em HD, com o diagnóstico recente de adenocarcinoma gástrico estágio IV, com acentuado aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 53250 e PCR 5,9). Não houve registo de períodos de febre. Foi iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone por suspeita de foco abdominal. Não houve isolamento de agente nas hemoculturas, ecografia abdominal sem foco infeccioso identificado. Por história de vómitos de estase apenas tolerando dieta líquida polifracionada, pediu-se Endoscopia Digestiva Alta (EDA) no intuito de implantação de prótese. Realizou a EDA, não tendo sido implantada a prótese.

Considerando a extensão da patologia oncológica de base, ausência de sintomatologia ou terapêutica específica decide-se a alta a 15 de Outubro de 2015 para manter acompanhamento nos médicos assistentes (de oncologia e HD). Deverá manter terapêutica de ambulatório.

**Plano:** Aguarda consulta de cirurgia para eventual colocação de jejunostomia.

---

<sup>1</sup> Anormalidade hematológica que simula e pode ser confundida com leucemia resultante de estímulos graves à atividade da medula óssea como no caso de uma doença maligna.

**19 de Novembro de 2015 – 1ª consulta de Cuidados Paliativos:**

Doente vem à consulta de CP, referenciada pela Dr.<sup>a</sup> RS, de Oncologia, acompanhada pelas filhas M e R. A família, bem como a doente, estavam previamente informadas do diagnóstico.

Conseguimos perceber a estrutura familiar atual por forma a se “desenhar” o genograma. Este é importante para se poder planejar intervenções junto da família da doente em questão, uma vez que a doença crónica impõe outro conjunto de preocupações às famílias (Hanson, 2005). Todo o sistema familiar é afetado quando uma doença crónica ataca sendo que, tal como referem Biegal et al, citados por Hanson (2005) os “padrões normais de interação são interrompidos, e frequentemente há uma redistribuição de tarefas e papéis assumidos por alguns membros da família”. Foi o que se verificou no caso da Sr.<sup>a</sup> D. ABM, uma vez que após o agravamento da doença oncológica, a senhora foi residir com a filha M que assumiu o papel de cuidadora.

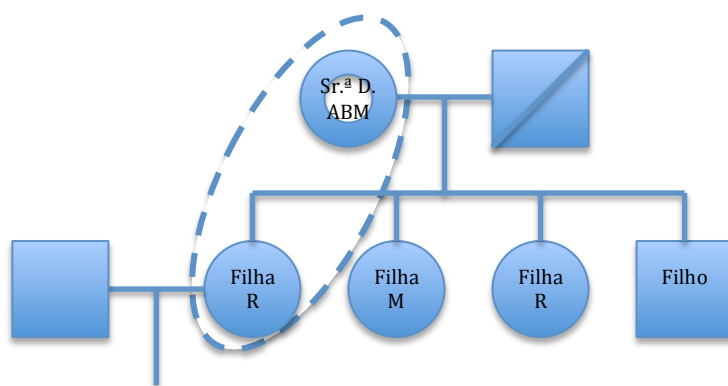


Fig.1 - Genograma da Sr.<sup>a</sup> D. AB

### Legenda:



Fisicamente deparamo-nos com uma doente descorada e emagrecida. Observa-se xerostomia. Apresenta edemas moderados a nível dos membros inferiores até aos joelhos (que são mais acentuados no final do dia e que revertem com o repouso e elevação dos membros).

**Sintomas observados e avaliação** (escala 0 a 10, em que 0 corresponde à ausência do sintoma e 10 a intensidade pior do sintoma):

- Dor: 1/2 (a nível do epigastro, articulares e lombar à mobilização – administrada 1f Nolotil ev);
- Náusea/Vómitos: 1/2
- Obstipação: 2
- Astenia: 2/3
- Sonolência: 2
- Anorexia: 2/3
- Outros: enfartamento pós-prandial

**Locomoção:**

Anda por curtas distâncias e com apoio unilateral, no entanto passa grande parte do dia deitada.

**Plano farmacológico:**

Manteve	1. Medicação habitual
Iniciou	1. Metamizol 575mg 1cp 3xdia 2. Transtec 35mcg ¼ adesivo 5ª à noite e 2ª de manhã 3. ADT 10mg 1cp ao jantar 4. Metoclopramida 10mg em jejum e 30' antes do jantar 5. Domperidona 10mg em jejum e 30' antes do jantar 6. Pursenide 2cp dias alternados, se necessário aumentar até 2cp/dia 7. Alprazolam 0,5mg ao deitar

SOS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alprazolam 0,5mg até 2x/dia</li> <li>2. Abstral 100mcg ½ cp SL, pode repetir ao fim de 15min até 4x/dia</li> <li>3. Nozinan 2,5 gotas, pode repetir ao fim de 30min até 3x/dia</li> <li>4. Se prisão de ventre ≥ 3 dias: 1º microlax; 2º Clysgo – Se necessário associar lactulose 2 carteiras 1 ou 2x/dia</li> </ol>
-----	---

#### **Ensinos realizados:**

- Relacionados com a Gestão Terapêutica.

**Plano:** Fica com nova consulta agendada para 15 de dezembro de 2015.

#### **23 de Novembro de 2015 – Monitorização telefónica**

Monitorização telefónica sem sucesso.

#### **24 de Novembro de 2015 – Monitorização telefónica**

A filha R. contacta telefonicamente a UMP referindo ter perdido a receita de *transtec* e solicitando uma nova, que veio buscar posteriormente. Durante esta monitorização telefónica foi-nos referido que a Sr.<sup>a</sup> D. AB se encontrava sem dores (sem necessidade de SOS), mas solonenta e sem mioclonias.

#### **25 de Novembro de 2015 – Ida ao Serviço de Urgência (SU)**

A Sr.<sup>a</sup> D. ABM recorre ao SU, acompanhada pela filha R., por dor não controlada. Foi triada de “amarelo”, mas acaba por recorrer ao serviço de Medicina Paliativa (MP) para pedir ajuda.

Na MP, em conversa com a Dr.<sup>a</sup> FT, percebeu-se que a doente não tem conhecimento da sua terapêutica, não cumprindo a mesma. Constata-se que também não sabe onde colocou as receitas. Na MP a doente valoriza a sensação de tremores, não a dor.

É reencaminhada para o SU, uma vez que deu entrada lá e foi triada. Acaba por ser internada num serviço de Medicina por dor não controlada. Tem alta no dia 5 de dezembro.

Durante o período deste internamento, não foi solicitado qualquer apoio para controlo sintomático à equipa de CP.

### **7 de Dezembro de 2015 – Ida ao SU**

A Sr.<sup>a</sup> D. AB é encaminhada para o SU através da clínica de HD onde terá efetuado apenas 1h de sessão por não apresentar condições para realizar sessão completa por história de melenas (encontra-se muito prostrada, sonolenta e hipotensa).

À observação: encontra-se com gemido, pouco colaborante, queixosa. Sem verbalizar ou localizar a dor.

Por indicação médica é entubada nasogastricamente para despiste de Hemorragia Digestiva Alta (HDA). Por se verificar conteúdo gástrico alimentar e sem vestígios de sangue, a SNG é retirada.

De acordo com o diagnóstico da doente e por se encontrar com evidência de hemorragia alta ativa, opta-se por internar novamente num serviço de medicina para **medidas de conforto** (indicação médica da Medicina Interna).

No SU faz-se ainda a sugestão de avaliação por colonoscopia se persistir dúvida relativamente ao quadro clínico (indicação médica da Cirurgia Geral).

Durante o período deste internamento, não foi solicitado qualquer apoio para controlo sintomático à equipa de CP.

### **8 a 12 de Dezembro de 2015 – Internamento num serviço de Medicina**

É internada num serviço de medicina onde mantém prostração, gemido constante e fácies de dor. Tem sido administrado terapêutica analgésica em SOS.

Por episódio de melenas no dia 8.12 é entubada nasogastricamente para despiste de HDA. A SNG é colocada em drenagem passiva. Por não se verificar saída de conteúdo hemático a SNG é removida a 9.12.



No dia 10.12 inicia picos febris, sendo introduzida antibioterapia.

Realiza sessão de HD cujo protocolo reduz tempo de sessão para 2 horas.

No dia 11.12, apesar de ter sessão de HD planeada esta não é realizada por falta de condições físicas da doente.

No dia 12.12 – **Óbito...**

**Plano farmacológico:**

Pautada	1 – Bupremorfina (35mcg) – 17,5mcg transdérmico 2 – Metoclopramida 10mg, 3x/dia, Ev 3 – Naproxeno, 500mg, 1x/dia (iniciado a 10.12) 4 – Pantoprazol, 40mg, 12/12h, Ev 5 – Paracetamol, 1gr, 8/8h, Ev 6 – Sene, 12mg, 1x/dia 7 – Tazobac 2,25mg 8/8h + 0,75mg (reforço pós-HD)
SOS	1 – Fentanilo (100mcg), 50mcg

Durante o período deste internamento, não foi solicitado qualquer apoio para controlo sintomático à equipa de CP.

### 3. PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO B. NEUMAN

#### 3.1 - Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções (1ª consulta de CP)

Percebeu-se, na primeira consulta de Cuidados Paliativos, e confirmando-se posteriormente nos dias 24 e 25 de novembro, que um dos grandes problemas da Sr.<sup>a</sup> D. AB residia na adesão terapêutica, nomeadamente à aplicação/toma de opióides, muito provavelmente pelo elevado número de atitudes, lendas, tabus, crenças populares e mal-entendidos relacionados com os mesmos. Foi manifestado pela Sr.<sup>a</sup> D. AB que não havia aplicado o Fentanil transdérmico (prescrito no primeiro internamento aqui referido) por *“receio deste se tornar ineficaz quando a dor piorar e não houver nada mais forte”*.

Assim levantaram-se os diagnósticos de enfermagem relacionadas com a problemática percebida e, de seguida, estabelecidas as respetivas intervenções.

O plano de cuidados a estabelecer nas consultas de Cuidados Paliativos terá como quadro de referência a linguagem CIPE®, com o objetivo de obter dados fiáveis e válidos sobre a prestação de cuidados, relativos à prática de enfermagem por forma a se proceder, posteriormente, a uma avaliação dos resultados das intervenções.

	Intervenções de Enfermagem Associadas
<b>Aceitação do Estado de Saúde</b> Comprometido	Elogiar a pessoa Encorajar a comunicação expressiva de emoções Encorajar a interação social Escutar a pessoa Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz Informar sobre serviços de saúde Orientar para serviços de saúde Orientar pessoa para consulta de enfermagem

<b>Ansiiedade Atual</b> Presente	Envolver (pessoa significativa) do indivíduo
	Explicar sobre estado de saúde
	Promover estratégias (de <i>coping</i> ) do indivíduo
	Solicitar (apoio) para o indivíduo
<b>Dor Atual</b> Presente – na região abdominal	Monitorizar a dor através da Escala da Dor
	Monitorizar sinais vitais
	Vigiar dor
<b>Continuidade de Cuidados</b> Comprometida	Diagnóstico relacionado: Não Adesão Atual
<b>Adesão ao Regime Medicamentoso</b> Comprometido  <b>Não Adesão Atual</b> Presente	Envolver (pessoa significativa) do indivíduo
	Executar contato por telefone para continuidade de cuidados
	Explicar sobre estado de saúde
	Identificar estratégias de adesão com o indivíduo
	Negociar (contrato terapêutico) com o indivíduo
	Identificar não adesão
	Orientar indivíduo
	Promover estratégias (de <i>coping</i> ) do indivíduo
	Solicitar (apoio) para o indivíduo
	Vigiar autonomia (na gestão) da medicação

### 3.2 – Objetivos da Enfermagem

Sendo o objetivo principal da enfermagem proporcionar bem-estar e um nível de saúde ideal para o cliente, por forma a promover a manutenção da estabilidade do sistema cliente, o enfermeiro tem uma participação ativa com o cliente e está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos *stressores*. Desta forma os objetivos das intervenções descritas anteriormente

incluem a promoção da capacitação para que a doente e família/cuidadora sejam capazes de:

1. Prevenir e tratar as crises;
2. Controlar os sintomas;
3. Cumprir dos regimes terapêuticos prescritos;
4. Lidar com a possibilidade de surgirem problemas psicossociais e familiares.

### **3.3 – Resultados da Enfermagem**

Na primeira consulta na Medicina Paliativa percebeu-se, como já foi referido, a dificuldade na adesão terapêutica, nomeadamente na terapêutica relacionada e direcionada à dor oncológica. Foi feita, na ocasião, uma intervenção educacional e esclarecimento de dúvidas acerca da mesma, quer à Sr.<sup>a</sup> D. AB, quer à filha que a acompanhou na consulta e que é, no momento, a sua cuidadora de referência. Apesar de aparentemente a informação ter sido compreendida e os “tabus” deixados para trás, constatou-se que os receios continuaram, que os “tabus” prevaleceram em detrimento de um bom controlo sintomático, o que deitou por terra o trabalho feito junto a esta família e que os objetivos estabelecidos não fossem atingidos. Como resultado desta situação houve uma continuidade do não cumprimento do regime terapêutico para controlo sintomático, situação que culminou num internamento. Assim, por forma a que esta situação seja ultrapassada, planeava-se a aplicação do plano de cuidados definido, na consulta subsequente de cuidados paliativos, marcada para dia 15 de dezembro.

## 4. REFLEXÃO/DISCUSSÃO

Tal como Thorsteinsdottir et al (2012) referem, a prestação de cuidados paliativos à pessoa com DRCT é uma questão pouco ou nada abordada entre os nefrologistas, ou seja, os DRCT não são habitualmente referenciados para a Medicina Paliativa. Apesar de ter esta noção através da minha prática clínica, foi com algum pesar que constatei isso mesmo no meu percurso ao longo do Ensino Clínico na Unidade de Medicina Paliativa. Assim a realização deste estudo de caso incidiu sobre uma doente com DRCT sob HD, mas cujo motivo do encaminhamento para os Cuidados Paliativos foi o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico estágio IV e com metastização hepática.

A história clínica da pessoa alvo deste estudo de caso e o plano de cuidados elaborado refletem a complexidade da existência de mais uma doença crónica na vida da Sr.<sup>a</sup> D. AB. O desconhecimento e receio sobre a terapêutica opióide foi uma questão que teve que ser trabalhada com algum cuidado, sendo necessários reforços, por forma a evitar mais internamentos indesejáveis e desnecessários, característicos de uma não adesão terapêutica.

Apesar de seguida na Medicina Paliativa e com um primeiro internamento num serviço de Medicina motivado por dor não controlada, nunca, em qualquer momento deste internamento, foi pedido apoio à equipa multidisciplinar de CP. E infelizmente, tal como esperado, a equipa de Nefrologia também não se manifestou. É de referir que durante o período deste internamento a Sr.<sup>a</sup> D. AB manteve as sessões de HD, nos seus dias habituais e com um protocolo semelhante ao praticado na clínica de ambulatório.

No segundo internamento... De acordo com as causas de internamento e tendo conhecimento do estado físico em que a Sr.<sup>a</sup> D. AB se encontrava rapidamente o plano de cuidados planeado para a consulta de Cuidados Paliativos (prevista para 15 de dezembro) foi colocada de parte.

Segundo indicação médica ainda no SU: **medidas de conforto**... Ainda assim a doente é submetida a entubação nasogástrica... pela segunda vez. Até que ponto é esta técnica uma medida de conforto??? Representa esta situação uma continuidade de cuidados???

A doente mantém sessões de HD. Sim, “apenas” duas horas, mas... Trará a HD algum benefício a esta doente?

Muitas questões se podem levantar no que diz respeito a tomada de decisão para prestar medidas de conforto. As questões éticas têm um peso enorme... A questão da beneficência, da não maleficência... O que é melhor para esta doente? Manter a HD, que prolongará uma vida aparentemente sem uma boa qualidade – visto ser perceptível que a doente não está confortável (apesar das medidas de conforto?).

Também neste internamento a equipa da UMP não foi consultada...

Não foi fácil a elaboração deste estudo de caso... Se por um lado a doença oncológica não se insere nos meus domínios de prática – apesar de ter com uma regularidade quase diária doentes oncológicos e a realizar HD – por outro o pouco contacto com a pessoa em causa limitou as minhas observações e a possibilidade de levantar outros diagnósticos de enfermagem sobre os quais a minha intervenção poderia fazer sentido.

## CONCLUSÃO

Durante o percurso da doença crónica, quer a família, quer o próprio doente se deparam com diferentes desafios: prevenção e tratamento de crises; controlo dos sintomas; cumprimento dos regimes terapêuticos prescritos; prevenção ou o viver com a sensação de isolamento devido ao reduzido contato com os outros; adaptação às mudanças ao longo do percurso da doença; providenciar suporte económico para colmatar as despesas relacionadas com os tratamentos; confronto com a possibilidade de surgirem problemas psicossociais, conjugais e familiares (Hanson, 2005).

Fazendo um paralelismo da situação descrita com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pode dizer-se que aqui o fator de stress que influenciou o bem estar da Sr.<sup>a</sup> D. AB e que constituiu o desafio terá sido o diagnóstico “adenocarcinoma com metastização hepática”. A ele associado a dor oncológica que trouxe ao de cima a dificuldade em gerir o regime terapêutico devido aos medos associados aos opióides.

Segundo Betty Neuman, a intervenção do enfermeiro, através de uma participação ativa junto do doente e família/cuidador é fundamental para que se atinjam os objetivos do cuidado, para que se atinja o bem estar do doente. Infelizmente a intervenção de enfermagem junto a esta doente não foi possível... Porque foi feita apenas uma consulta presencial de cuidados paliativos e pelos internamentos pelos quais a doente passou e sem que, em nenhum, tivesse sido pedido apoio da equipa de CP (que não se pode deslocar aos serviços sem que tal apoio não tenha sido solicitado)... Infelizmente a doente veio a falecer antes de se poder praticar qualquer intervenção de enfermagem planeada de acordo com as suas necessidades, percebidas pela equipa...

Mesmo tendo noção que esta doente foi referenciada pelo seu diagnóstico de doença oncológica e não pela sua DRCT, que os muitos outros doentes referenciados para CP não são DRCT e que, considerando a hipótese de haver pessoas com DRCT a necessitarem de referenciação única e exclusivamente pela sua DRCT e que não o foram, considero que este estudo de caso me foi extremamente útil. E tal se deve ao facto deste estudo de caso me ter permitido

desenvolver conhecimentos e competências na área de intervenção dos cuidados paliativos.

Para além disso, durante a elaboração do meu projeto de estágio tracei determinados objectivos que atingi com o acompanhamento desta situação em análise, tais como:

- Integrar as equipas de cuidados dos locais de Ensino Clínico por forma a identificar o campo de cuidados do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica, vertente Nefrológica;
- Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área dos cuidados paliativos e participar nas intervenções de enfermagem ao doente referenciado para CP;
- Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa em situação crónica e paliativa que favoreça uma correta avaliação das limitações e aplicação das intervenções;
- Conhecer os recursos do hospital/comunidade que poderão facilitar a intervenção da Medicina Paliativa;
- Desenvolver, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem na área dos cuidados paliativos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boyle, P., & Ferlay, J. (2005). Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Annals of Oncology*, 16(3), 481–488. doi:10.1093/annonc/mdi098
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada Evidência. Lisboa.
- Dell'Acqua, M. C., & Miyadahira, a. M. (2000). Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*. doi:10.1590/S0080-62342000000400010
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. ., Neves, A. P. G., Silva, A. S. ., & Castro, S. A. (2011). Adesão Ao Regime Terapêutico Na Doença Crônica: Revisão Da Literatura. *Millenium*, 40, 201–219.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (3rd ed., pp. 335–376). Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). Margaret Neuman. In *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4th ed., pp. 311–322). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hailey, B. J., & Moss, S. B. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology, Health and Medicine*, 5(919435511), 395–406. doi:10.1080/13548500020002217
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação* (2nd ed.). Loures: Lusociência.
- Junior, J. E. R. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(1), 1–3.
- Ministério da Saúde - DGS. (2013). Portugal: Doenças Oncológicas em números - 2013.
- National Kidney Foundation. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 163. doi:10.1038/kisup.2012.76
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Pearsons (5th ed.). doi:10.1097/00006199-198401000-00007
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®. *Cadernos OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Vasa (Portuguesa.). Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - conceitos e prática clínica* (6th ed.). Loures: Lusociência.

- Saini, T., Murtagh, F. E. M., Dupont, P. J., McKinnon, P. M., Hatfield, P., & Saunders, Y. (2006). Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. *Palliative Medicine*, 20(6), 631–636. doi:10.1177/0269216306070236
- Santos, M. C. L., Pagliuca, L. M. F., & Fernandes, A. F. C. (2007). Cuidados Paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(2).
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2nd ed.). Lusociência.
- Thorsteinsdottir, B., Swetz, K. M., Feely, M. a., Mueller, P. S., & Williams, A. W. (2012). Are there alternatives to hemodialysis for the elderly patient with end-stage renal failure? *Mayo Clinic Proceedings*, 87(6), 514–516. doi:10.1016/j.mayocp.2012.02.016
- White, R. B. (2003). Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 31(4), 432–435. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/15453235>
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. *Who*, 1–194.
- World Health Organization. (2015). WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organization*, 1–2. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>

## **Apêndice V**

Apresentação do Estudo de Caso em Contexto de Trabalho



<b>Ensino Clínico</b>	Aluna	Ana Isabel Freitas
Unidade de Medicina Paliativa	Docente Orientador	Prof.ª Maria Saraiva [REDACTED]
<b>Atividade</b>	<b>Apresentação do Estudo de Caso</b>	
<b>Janeiro, 2016</b>	“Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal e Adenocarcinoma metastizado”	



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
- VERTENTE NEFROLÓGICA -  
Ensino Clínico – Cuidados Paliativos na Unidade de Medicina Paliativa do [REDACTED]

## Estudo de Caso

“Pessoa com  
Doença Renal Crónica Terminal e  
Adenocarcinoma metastizado”

Dezembro, 2015

Elaborado por:  
Ana Freitas

### Estudo de Caso

#### Objetivo Geral:

- Fazer um estudo sobre uma situação específica, por forma a direccionar os cuidados de enfermagem, oferecendo o tratamento eficaz no controlo sintomático e promovendo a melhor qualidade de vida possível.

### Estudo de Caso

#### Objetivos Específicos:

- Desenvolver conhecimentos técnicos e científicos na área dos Cuidados Paliativos;
- Participar nas intervenções de enfermagem ao doente referenciado para CP;
- Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa em situação crónica e paliativa que favoreça uma correta avaliação das limitações e aplicação das intervenções;

## Estudo de Caso

### Referencial Teórico:



Modelo de Sistemas de Betty Neuman

### Diagnósticos, resultados e intervenções:



Linguagem CIPE®

4

## História Clínica

### Identificação:

- ABM, mulher, 62 anos, caucasiana;
- Natural e residente em Lisboa;
- Viúva; 4 filhos (3 raparigas e 1 rapaz);
- A residir com uma das filhas desde o diagnóstico motivador da referenciação para CP (adenocarcinoma gástrico estadio IV).

5

## História Clínica

### Antecedentes Pessoais:

- **Adenocarcinoma gástrico estadio IV com metastização hepática** (Agosto 2015);
- **DRC, etiologia rins poliquísticos**, em HD (2010);
- Cardiopatia isquémica, com EAM em 2007 e 2008;
- HTA;
- Hiperparatiroidismo;
- Anemia multifactorial;
- Dislipidémia.

6

## Fisiopatologia

### Adenocarcinoma gástrico

- Grave problema de saúde a nível mundial;
- É um dos mais frequentes a nível mundial e na Europa. Em Portugal está incluída no top 10 da Oncologia (Ministério da Saúde - DGS, 2013);
- Terceira causa de morte nos países em desenvolvimento e quarto nos países desenvolvidos;
- A taxa de incidência aumenta com a idade, sendo relativamente raro antes dos 45 anos (maioria dos doentes têm 60-85 anos na altura do diagnóstico).

7

## Adenocarcinoma gástrico

### Sintomatologia:

- Início insidioso.
- À medida que se torna mais extenso:
  - Desconforto abdominal;
  - Dor semelhante à úlcera péptica;
  - Anorexia;
  - Náuseas e vômitos;
  - Perda de peso;
  - Fadiga e fraqueza;
  - Alterações dos hábitos intestinais;
  - Icterícia ou dor no hipocôndrio direito.

8

## Adenocarcinoma gástrico

### Exames de diagnóstico:

- Exame físico objetivo;
- Análises sanguíneas;
- **Endoscopia Digestiva Alta (EDA)**;
- Radiografia com contraste;
- **Tomografia computadorizada abdominal**;
- **Marcadores tumorais biológicos**:
  - CA19-9;
  - CA72-4.

9

## Doença Renal Crónica

- Doença reconhecida como um problema de saúde pública;
- Definida como uma alteração estrutural ou funcional do rim, há pelo menos três meses;
- Classificada através da causa, taxa de filtração glomerular (TFG) e nível de albuminúria.

Estadio	Descrição	TFG (mL/min)
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥ 90
2	Lesão renal com TFG ligeiramente diminuída	60 - 89
3	Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	30 - 59
4	Lesão renal com TFG severamente diminuída	15 - 29
5	Falência renal	≤ 15

Classificação da DRC em estadios segundo KDIGO, adaptada de National Kidney Foundation (2013)

10

## Doença Renal Crónica

- Estadio 5 ➡ Fase terminal da Doença Renal Crónica



Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR)

### Causas:

- Diabetes Mellitus;
- Pielonefrite;
- Doença Reno-vascular;
- Glomerulonefrite;
- Rim Poliquístico;
- HTA.

11

## Doença Renal Crónica

### Rins Poliquísticos:

- Perturbação hereditária;
- Evolução lenta (nos adultos);
- Caracteriza-se por:
  - Rins grandes – massa compacta de quistos;
  - Rompimentos dos quistos – leva a infeção e formação de tecido de cicatrização;
  - 1/3 das pessoas ➡ quistos hepáticos

12

## História Clínica

### 25 de junho, 2015:

Ecografia abdominal ➡ “doença poliquística renal, com evidência de lesões quísticas hepáticas”

### 6 de agosto, 2015:

Ecografia abdominal ➡ “Fígado francamente heterogéneo com prováveis depósitos hepáticos secundários”

13

## História Clínica

### 10 a 14 de agosto, 2015:

- Internamento num serviço de Medicina (1º)

referenciada por médica assistente no centro de HD (neoplasia oculta?)

- Queixas:
  - Dor no hipocôndrio direito com irradiação lombar;
  - Vômitos;
  - Pirose;
  - Enfartamento pós-prandial;
  - Perda ponderal.

14

## História Clínica

### Internamento num serviço de Medicina (1º)

- Ecografia abdominal ➡ “Lesões hepáticas de etiologia mista, com lesões quísticas e lesões compatíveis com a secundarização hepática de possível processo neoplásico”

- EDA ➡ “Identificação de lesão vegetante extensa ulcerada e necrosada do antro”

- CA 19-9 = 476U/mL (valor de referência ≤ 37U/mL)
- CA 72-4 = 24,3U/mL (valor de referência ≤ 4,6U/mL)

15

## História Clínica

### Internamento num serviço de Medicina (1º)

- Alta com indicação para:
  - Consulta de Oncologia Médica;
  - Manter sessões de HD no centro de ambulatório;
  - Manter regime terapêutico, adicionando:
    - Domperidona, 10mg 1cp 15' após a refeição;
    - Metoclopramida, 10mg 1cp 15' antes da refeição.

16

## História Clínica

### 9 a 15 de outubro, 2015:

- Internamento num serviço de Medicina (2º)



referenciada pela consulta de Oncologia por leucocitose

- Queixas:
  - Astenia marcada;
  - Mau estar generalizado (5 dias de evolução);
  - Icterícia (15 dias de evolução);
  - Vômitos de estase (tolera apenas dieta líquida)

17

## História Clínica

### Internamento num serviço de Medicina (2º)

- EDA ➡ Intuito de implantação de prótese que não colocou
- Alta com indicação para:
  - Manter acompanhamento nos médicos assistentes (de oncologia e HD);
  - Manter regime terapêutico.
- Plano:
  - Consulta de cirurgia para eventual colocação de jejunostomia.

18

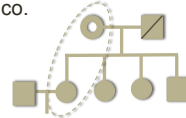
## História Clínica

### 19 de novembro, 2015:

#### 1ª consulta de Cuidados Paliativos

(Referenciada pela consulta de Oncologia)

- Acompanhada pelas filhas M. e R.;
- Doente e família previamente informadas do diagnóstico.



19

## História Clínica

### 1ª consulta de Cuidados Paliativos

- Observação física:
  - Descorada e emagrecida;
  - Xerostomia;
  - Edemas moderados a nível dos membros inferiores.

20

## História Clínica

### 1ª consulta de Cuidados Paliativos

- Sintomas observados e avaliação:
  - Dor: 1/2 (a nível do epigastro, articulares e lombar à mobilização – administrada 1f Nolotil ev);
  - Náusea/Vômitos: 1/2
  - Obstipação: 2
  - Astenia: 2/3
  - Sonolência: 2
  - Anorexia: 2/3
  - Outros: enfartamento pós-prandial

21



## História Clínica

### 1ª consulta de Cuidados Paliativos

- Plano farmacológico:

Manteve	1. Medicação habitual
Iniciou	1. Metamizol 575mg 1cp 3xdia 2. Transtec 35mcg ¼ adesivo 5ª à noite e 2ª de manhã 3. ADT 10mg 1cp ao jantar 4. Metoclopramida 10mg em jejum e 30' antes do jantar 5. Domperidona 10mg em jejum e 30' antes do jantar 6. Pilsenide 2cp dias alternados, se necessário aumentar até 2cp/dia 7. Alprazolam 0,5mg ao deitar
SOS	1. Alprazolam 0,5mg até 2x/dia 2. Abstral 100mcg ½ cp SL, pode repetir ao fim de 15min até 4x/dia 3. Nozinan 2,5 gotas, pode repetir ao fim de 30min até 3x/dia 4. Se prisão de ventre ≥ 3 dias: 1ª microlax; 2ª Clysgo – Se necessário associar lactulose 2 carteiras 1 ou 2x/dia

22

## História Clínica

### 1ª consulta de Cuidados Paliativos

- Plano:
  - Próxima consulta a 15 de dezembro de 2015.
- Procede-se a:
  - Intervenção educacional sobre regime terapêutico e controlo sintomático.

23

## História Clínica

### 23 de novembro, 2015:

- Monitorização telefónica, sem sucesso.

### 24 de novembro, 2015:

- A filha R contactou a UMP, referindo ter perdido receita de *Transtec* (veio buscar nova);
- Informa que:
  - a Sr.ª D. ABM se encontra sem queixas álgicas (sem necessidade de SOS), sonolenta e sem mioclonias.

24

## História Clínica

### 25 de novembro, 2015:

- Recorre ao SU (acompanhada pela filha R.) por dor não controlada;
- Após triagem decidiram recorrer à UMP, onde se constata e confirma:
  - A doente não tem conhecimento da sua terapêutica (**não cumpre**);
  - Não sabe onde colocou as receitas fornecidas na 1ª consulta.
- Internada numa Medicina por dor não controlada, de onde tem alta a **5 de dezembro**.

25

## Diagnósticos de Enfermagem

### Não adesão terapêutica

- Mito relacionado com a toma de opióides.

*“Não usei o “patch” por receio deste se tornar ineficaz quando a dor piorar e não houver nada mais forte.”*

26

## Adesão Terapêutica

“A adesão inclui a adoção e manutenção de vários tipos de comportamentos, assim como o consumo de medicamentos de acordo com a orientação de um profissional da saúde”.

(Organização Mundial Saúde (2005). Envelhecimento Activo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde)

“Grau ou extensão em que o comportamento da pessoa corresponde às instruções veiculadas pelo profissional de saúde”.

(Bugalho & Carneiro, 2004)

27

## Adesão Terapêutica

- “Ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos”.
- “Cumprir o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

28

## Adesão Terapêutica

### Não adesão terapêutica:

- Influencia o sucesso dos tratamentos;
- Redução da qualidade de vida;
- Aumento da morbilidade e mortalidade;
- Excesso de utilização dos serviços de saúde
  - Diminuição dos benefícios terapêuticos:
    - Aumento das necessidades de medicação;
    - Mais exames de diagnóstico;
    - Mais serviços médicos (ex: internamentos hospitalares).
- Aumento dos custos médicos e sociais.

(WHO (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization)

- Causas: Múltiplas!

29

## Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções

### Plano de Cuidados

	Intervenções de Enfermagem Associadas
<b>Aceitação do Estado de Saúde</b> Comprometido	Elogiar a pessoa Encorajar a comunicação expressiva de emoções Encorajar a interação social Escutar a pessoa Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz Informar sobre serviços de saúde Orientar para serviços de saúde Orientar pessoa para consulta de enfermagem
<b>Ansiedade Atual</b> Presente	Envolver (pessoa significativa) do indivíduo Explicar sobre estado de saúde Promover estratégias (de coping) do indivíduo Solicitar (apoio) para o indivíduo
<b>Dor Atual</b> Presente – na região abdominal	Monitorizar a dor através da Escala da Dor Monitorizar sinais vitais Vigiar dor

30

## Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções

### Plano de Cuidados

	Intervenções de Enfermagem Associadas
<b>Continuidade de Cuidados</b> Comprometida	Diagnóstico relacionado: Não Adesão Atual
<b>Adesão ao Regime Medicamentoso</b> Comprometido	Envolver (pessoa significativa) do indivíduo Executar contato por telefone para continuidade de cuidados
<b>Não Adesão Atual</b> Presente	Explicar sobre estado de saúde Identificar estratégias de adesão com o indivíduo Negociar (contrato terapêutico) com o indivíduo Identificar não adesão Orientar indivíduo Promover estratégias (de coping) do indivíduo Solicitar (apoio) para o indivíduo Vigiar autonomia (na gestão) da medicação

31

## Objetivos de Enfermagem

1. Prevenir e tratar as crises;
2. Controlar os sintomas;
3. Cumprir dos regimes terapêuticos prescritos;
4. Lidar com a possibilidade de surgirem problemas psicossociais e familiares.

32

## Resultados de Enfermagem

1. Apesar da intervenção educacional relacionada com o regime terapêutico, constatou-se uma continuidade da não adesão ao regime terapêutico



Internamento por dor não controlada

**Questão:** Terá prevalecido o “medo” dos opióides?

**Plano:** Aplicar plano de cuidados planeado por forma a que haja adesão terapêutica por parte da doente / cuidadora.

33

## História Clínica

7 de dezembro, 2015:

- Recorre ao Serviço de Urgência  
↓  
referenciada pela clínica de HD por melenas e impossibilidade de realizar HD
- No SU:
  - Doente com gemido, pouco colaborante, queixosa;
  - Colocada SNG – sem vestígios hemáticos – removida;
  - Indicação para internamento num serviço de medicina para **medidas de conforto**;
  - Sugere-se a realização de colonoscopia.

34

## História Clínica

8 de dezembro, 2015:

- SU → Internamento num serviço de Medicina (3º)
  - Mantém prostração, gemido constante e fácies de dor (administram-se SOS);
  - Por episódio de melenas → nova ENG;
  - Picos febris;
  - Programa-se realização de HD.
- Verifica-se o óbito a 12 de dezembro...

35

## Reflexão

1. Apesar de um internamento por dor não controlada não foi, em nenhum momento, solicitado apoio à Unidade de Medicina Paliativa  
↓  
Terá a Sr.ª D. ABM saído com alta com (novas) dúvidas acerca da sua terapêutica?
2. Equipa de nefrologia não se pronunciou...  
↓  
Teriam conhecimento desta referênciação?  
Terão "apenas" negligenciado esta questão?

36

## Reflexão

3. 3 dias depois... Novo internamento numa medicina... E agora?  
↓  
**Medidas de conforto**  
SNG? Terapêutica? HD?  
Tomada de decisão → Questões éticas  
Beneficência Não maleficência

37

## Reflexão

4. Que **Qualidade de Vida**???
- Mais uma vez não foi solicitado apoio da equipa de CP...  
↓  
Intervenção de enfermagem através de uma participação ativa junto do doente/família/cuidador  
↓  
Impossibilitada...

38

## Referências Bibliográficas

- Boyle, P., & Ferlay, J. (2005). Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Annals of Oncology*, 16(3), 481–488. doi:10.1093/annonc/mdj058
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada Evidência. Lisboa. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Intervenções+para+Aumentar+a+Adesão+Terapêutica+em+Patologias+Crónicas#0>
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M., Neves, A. P. G., Silva, A. S., & Castro, S. A. (2011). Adesão Ao Regime Terapêutico Na Doença Crónica: Revisão Da Literatura. *Millenium*, 40, 201–219.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (3rd ed., pp. 335–376). Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). Margaret Neuman. In *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4th ed., pp. 311–322). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Junior, J. E. R. (2004). Doença Renal Crónica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(1), 1–3.
- Ministério da Saúde - DGS. (2013). Portugal: Doenças Oncológicas em números - 2013.

39

## Referências Bibliográficas

- National Kidney Foundation. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 163. doi:10.1038/kisup.2012.76
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Pearsons (5th ed.). doi: 10.1097/00006199-198401000-00007
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®. Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Vasa (Portuguesa.). Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4674243N.pdf>
- Thorsteinsdottir, B., Swetz, K. M., Feely, M. a., Mueller, P. S., & Williams, A. W. (2012). Are there alternatives to hemodialysis for the elderly patient with end-stage renal failure? *Mayo Clinic Proceedings*, 87(6), 514–516. doi:10.1016/j.mayocp.2012.02.016
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. *Who*, 1–194.
- World Health Organization. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde, 60. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Envelhecimento+ativo:+uma+pol?lica+de+sa?de#0>

Obrigada!

## **Apêndice VI**

Apoios na Comunidade



<b>Ensino Clínico</b>	Aluna	Ana Isabel Freitas
Unidade de Medicina Paliativa	Docente Orientador	Prof.ª Maria Saraiva [REDACTED]
<b>Atividade</b>	<b>Apoios na Comunidade</b>	
<b>Janeiro, 2016</b>	ECCI , ECSCP e UCP	

No primeiro contato do doente/família/cuidador com a equipa de Cuidados Paliativos são apresentados os apoios inseridos na comunidade através da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados, dos quais podem usufruir e solicitar se e quando assim se achar pertinente. Esta abordagem é feita sobretudo pela Assistente Social, no entanto o Enfermeiro está capacitado para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados está implementada ao longo de todo o território de Portugal Continental através das:

**Equipas Domiciliárias:**

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (sendo que a única existente na ARS/LVT é a ACES Loures/Odivelas).

**Unidades de internamento:**

- Unidade de convalescença
- Unidade de Cuidados Paliativos
- Unidade de Longa Duração e Manutenção
- Unidade de Média Duração e Reabilitação

### **\* Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):**

As ECCI integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e constituem um modelo de cuidados de saúde que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados que já são prestados, quer no âmbito da saúde quer no âmbito social, visando a provisão de conforto e qualidade de vida aos utentes e famílias que deles necessitam. São equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma e necessitam de cuidados de saúde.

As ECCI, de acordo com alínea 4 do artigo 9º do Despacho no 10143/2009, têm como objetivos assegurar projetos de intervenção domiciliar, em utentes dependentes e famílias/cuidadores, nomeadamente, pela prestação dos seguintes serviços (Ministério da Saúde, 2010):

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas programadas com base nas necessidades detectadas;
- Cuidados de reabilitação;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das atividades da vida diária.

A prestação de cuidados, tal como já foi referenciado, decorre no domicílio. Para as ECCI será considerado “domicílio” a residência oficial (permanente ou temporária) do utente/família ou cuidador, de acordo com o



previsto para os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES)<sup>2</sup> (ARS Norte I.P., 2014).

É considerado critério de referenciação específico para admissão nas equipas domiciliárias da RNCCI, a situação de dependência em que o utente reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita (ARS Norte I.P., 2014) (tabela 1).

<b>Critérios de referenciação</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pessoas portadoras de diversos tipos e níveis de dependência e que não se possam deslocar do seu domicílio;</li><li>- Pessoas com necessidade de cuidados que excedam a carteira básica das USF/UCSP, as quais possuam situações de saúde que pela sua intensidade e complexidade de cuidados necessitem de intervenções sequenciais;</li><li>- Necessidade de cuidados domiciliários nos sete dias da semana;</li><li>- Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática, possível de realizar no domicílio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utente com episódio de doença em fase aguda, que requeira internamento hospitalar;</li><li>- Utente que necessita exclusivamente de apoio social;</li><li>- Utente cujo objetivo seja o estudo de diagnóstico;</li><li>- Inexistência de cuidador.</li></ul>

Tabela 1: Critérios de Referenciação para admissão nas equipas domiciliárias da RNCCI

A referenciação para a ECCL, inicia-se com a criação do episódio (sinalização) e posterior envio (referenciação) pela Equipa de Gestão de Altas

---

<sup>2</sup> A missão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar (Ministério da Saúde, 2015).

(EGA) Departamento de Contratualização – Área Funcional dos Cuidados Continuados Integrados /Equipa Referenciadora à Equipa Coordenadora Local (ECL), por via electrónica. A ECL valida o episódio e após angariação dos documentos o Departamento de Contratualização – Área Funcional dos Cuidados Continuados Integrados (DC- AFCCI), identifica a disponibilidade de ingresso (Figura 1).

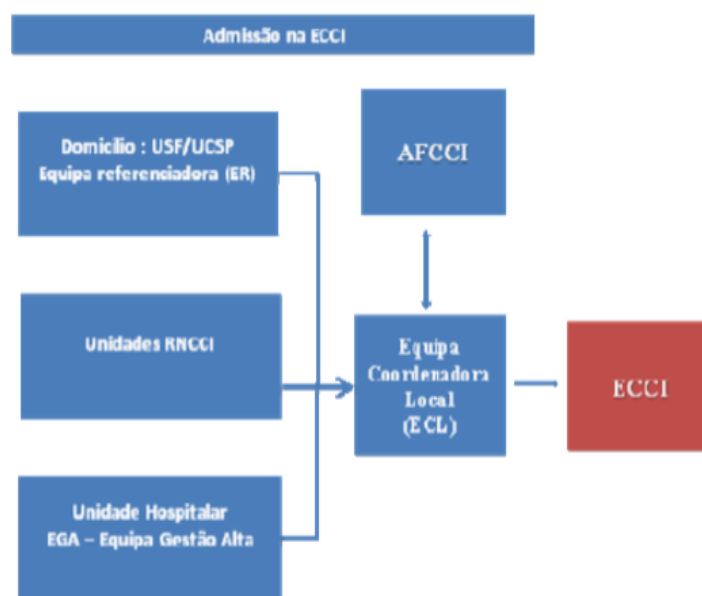


Figura 1- Circuito de referenciação para a ECCI *in* (ARS Norte I.P., 2014, pág 10)

#### \* Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP):

As ECSCP são equipas multidisciplinares que prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos (nº 2 do Art.º 29º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho) (Diário da República, 2006). Estas equipas são equipas móveis, centradas em centros de saúde ou em outros serviços de saúde não hospitalares, com espaço físico adequado à coordenação e estruturação da sua atividade e com programa funcional estruturado, com o objetivo de apoiar os doentes e os seus familiares que carecem de cuidados paliativos fora dos centros hospitalares. AS ECSCP asseguram o apoio à família, consultadoria técnica, formação de outros técnicos e prestação direta de cuidados. As suas ações devem ser articuladas com outros recursos comunitários e hospitalares, garantindo a cooperação de

forma a promover e facilitar a continuidade e a articulação efetiva dos cuidados.

**\* Unidades de Cuidados Paliativos:**

São unidades de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (art.º 19º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho) (Diário da República, 2006).

As UCP asseguram, entre outros, cuidados médicos e de enfermagem diários e permanentes, respetivamente; cuidados de fisioterapia; acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual.

É fundamental a inscrição temporária e/ou permanente do utente para efeito de registos nos sistemas de informação em uso, nomeadamente na Plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Esta inscrição engloba a referenciação individual por parte da equipa de Cuidados Paliativos (médico, enfermeiro, assistente social e psicóloga) e exige a assinatura do consentimento informado por parte do utente ou cuidador/familiar de referência (no caso do utente não se encontrar capaz).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARS Norte I.P. (2014). Manual De Procedimentos para implementação de desenvolvimento da ECCL. *Administração Regional Da Saúde Do Norte, I.P.*, 69.
- Diário da República. (2006). Decreto Lei n.º 101/2006, 3856–3865. Retrieved from [http://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)
- Ministério da Saúde. (2010). Mais Cuidados Continuados Integrados.
- Ministério da Saúde. (2015). ACES. Retrieved December 9, 2015, from <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/tabid/769/language/pt-PT/Default.aspx>

## **Apêndice VII**

Questionário aos enfermeiros do serviço de Hemodiálise





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**6º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem**

**Especialização Médico-Cirúrgica**

**- Vertente Nefrológica -**

	Aluna	Ana Isabel Freitas
	Docente	Prof.ª Maria Saraiva
<b>Atividade</b>	<b>Questionário</b>	

**Dezembro, 2015**

## **QUESTIONÁRIO**

Este documento tem como objetivo a avaliação da percepção da necessidade de referenciação para Cuidados Paliativos e/ou prestação de ações paliativas à pessoa com DRCT por parte da equipa de enfermagem na Unidade de Hemodiálise.

Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a serem trabalhados no âmbito do trabalho de projeto do 6º Curso de Especialidade e Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Médico-cirúrgica, vertente Nefrológica, da ESEL, intitulado “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prática de Ações Paliativas à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal”.

O preenchimento deste questionário pressupõe que lhe foi dada informação referente ao mesmo e que está implícito o seu consentimento para o tratamento dos dados resultantes das suas respostas.

Para efetuar a sua validação responda a cada uma das questões, colocando uma cruz no espaço que considera que melhor traduz a sua opinião em relação a cada item apresentado.

## **Dados pessoais**

**Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino

**Idade:** ☐ 20 – 30 anos ☐ 30 – 40 anos ☐ 40 – 50 anos  
☐ 50 – 60 anos ☐ >60 anos

**Tempo de serviço:**

☐ < 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ 10 – 15 anos  
☐ 15 – 20 anos ☐ >20 anos

**Tempo de serviço no local de trabalho:**

☐ < 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ 10 – 15 anos  
☐ 15 – 20 anos ☐ >20 anos



1. Quando recebe um doente renal crónico, por forma a prestar os cuidados a ele inerentes, alguma vez pensou que: “Não me surpreenderá que este doente venha a falecer em 12 meses?”

☐ Sim      ☐ Não

Se sim, com que frequência?

<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>

2. Considera pertinente a referenciação dos DRC para Cuidados Paliativos?

☐ Sim      ☐ Não

Se sim, quando? Assinale a(s) resposta(s) que considera pertinente.

☐ Quando a doença é diagnosticada

☐ Estádio 4 – 5 da DRC

☐ Quando o doente inicia uma Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR)

☐ Quando, no seu ponto de vista, o doente não beneficia com o início ou manutenção de uma TSFR

☐ Somente quando o doente e/ou cuidador assim o solicitar.

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Ana Freitas**

anaazeredofreitas@gmail.com



## **Apêndice VIII**

### **Aplicação dos Questionários e seus Resultados**



Dezembro, 2015	Aluna Docente	Ana Isabel Freitas Prof. <sup>a</sup> Maria Saraiva
<b>Atividade</b>	<b>Aplicação do Questionário e seus Resultados</b>	

Durante o Ensino Clínico na Unidade de Medicina Paliativa, e ao estudar com mais rigor o documento NECPAL©, surgiram algumas questões que gostaria de ver esclarecidas/respondidas e que me podem ser úteis no sentido de poder estabelecer uma ponte entre aquilo o que os enfermeiros a exercer funções numa unidade de diálise hospitalar, mais concretamente na hemodiálise, percebem no que diz respeito às necessidades dos DRCT em CP e o que, na verdade, acontece e com que me deparo no dia-a-dia. São estas: “Qual a percepção que os meus pares têm acerca das necessidades da Pessoa com DRCT em Cuidados Paliativos?”, “Haverá diferença de percepções relacionada com a idade/tempo de serviço/tempo de serviço a trabalhar na unidade de diálise?”.

A aplicação do questionário foi precedida da realização de um pré-teste a dois indivíduos. Este “tem por objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e (...) verificar se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos(...); se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação, se as questões não apresentam ambiguidade.” (Fortin, 2009). Não tendo havido qualquer falha na redação e/ou dificuldade de interpretação do questionário por parte dos inquiridos, passou-se para a aplicação do questionário aos restantes elementos da equipa. Sendo a amostra pequena as respostas dos questionários pré-teste foram incluídas no tratamento dos dados.

Apresento, de seguida, os resultados obtidos com o questionário anteriormente mencionado e tratados em Excel.

## RESULTADOS

O questionário foi aplicado a uma equipa de 23 elementos, tendo sido obtidos 21 questionários totalmente preenchidos. Destes, um foi excluído por incongruência numa resposta. Obtém-se, então, o total de 20 questionários total e corretamente preenchidos.

Caracterização da amostra:

- Género: a amostra de 20 indivíduos foi composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (70%) e com 6 indivíduos do sexo masculino (gráfico 1).

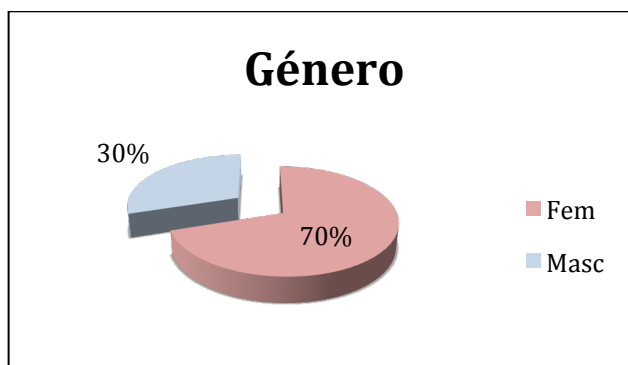


Gráfico 1 – Distribuição percentual da amostra segundo o género

- Idade e tempo de serviço: trata-se de uma equipa jovem (maioritariamente com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos) (gráfico 2), mas já com alguma experiência profissional (maioria com mais de 10 anos de profissão – 60%) (gráfico 3). No que diz respeito ao tempo de serviço na Unidade de Diálise, verifica-se que a equipa é uma equipa jovem onde muitos dos seus profissionais presta as suas funções há menos de 5 anos (40%) (gráfico 4).

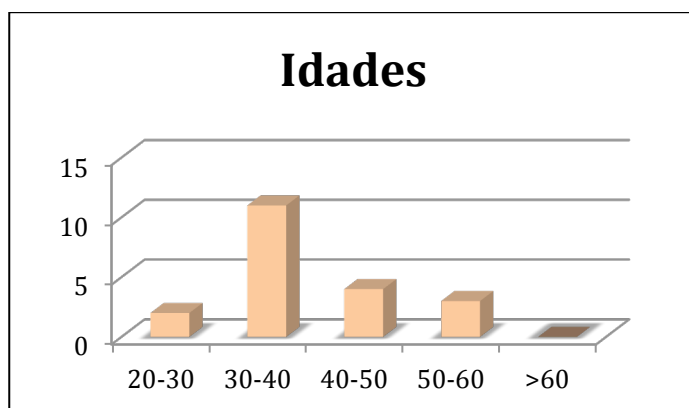


Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo as idades



Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo tempo de experiência profissional

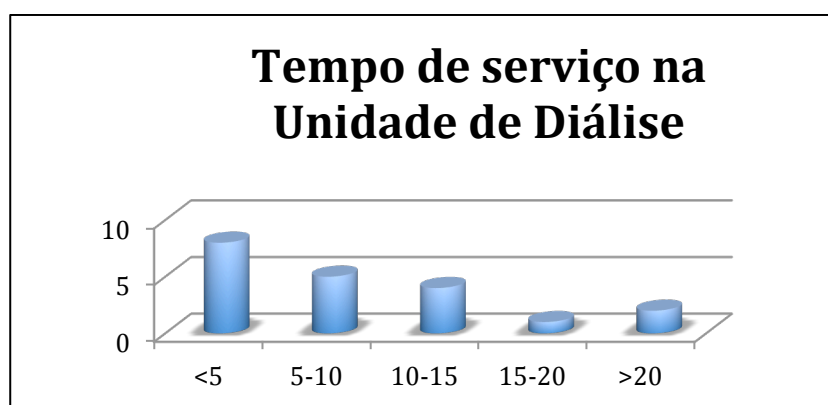


Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo tempo de serviço na Unidade de Diálise

Os gráficos anteriormente apresentados foram obtidos através da seguinte tabela:

	Gênero		Idade					Tempo de serviço					Tempo de serviço no local de trabalho				
	Fem	Masc	20-30	30-40	40-50	50-60	>60	<5	5-10	10-15	15-20	>20	<5	5-10	10-15	15-20	>20
1		1			1						1			1			
2		1	1						1				1				
3	1			1						1					1		
4	1					1						1	1				
5		1	1						1				1				
6	1			1					1					1			
7	1			1						1					1		
8	1			1					1					1			
9	1			1				1					1				
10	1					1						1					1
11		1		1					1				1				
12	1				1						1		1				
13		1		1						1				1			
14		1			1							1	1				
15	1			1							1					1	
16	1			1					1				1				
17	1			1							1				1		
18	1			1					1					1			
19	1					1						1					1
20	1				1							1			1		
Total	14	6	2	11	4	3	0	1	7	3	4	5	8	5	4	1	2

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos segundo gênero, idade, tempo de serviço e tempo de serviço no local de trabalho

No que diz respeito às respostas propriamente ditas do questionário:

- **Questão 1:** “Quando recebe um doente renal crónico, por forma a prestar os cuidados a ele inerentes, alguma vez pensou que: “Não me surpreenderá que este doente venha a falecer em 12 meses?””. A maioria dos indivíduos inquiridos respondeu afirmativamente (90%) (gráfico 5). Estes, quando questionados sobre a frequência desta situação, as respostas centrais foram as mais selecionadas, ou seja nove indivíduos consideram a possibilidade daquele doente vir a falecer “às vezes” e outros nove pensam nessa possibilidade “frequentemente” (gráfico 6).

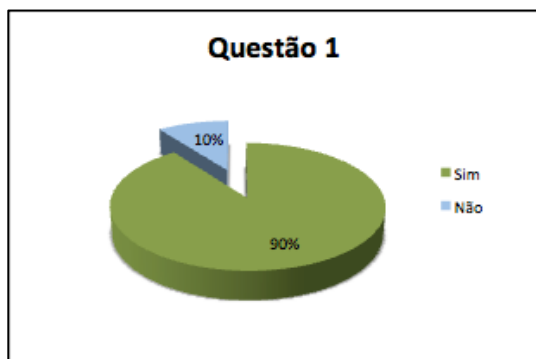


Gráfico 5 – Distribuição das respostas à questão 1

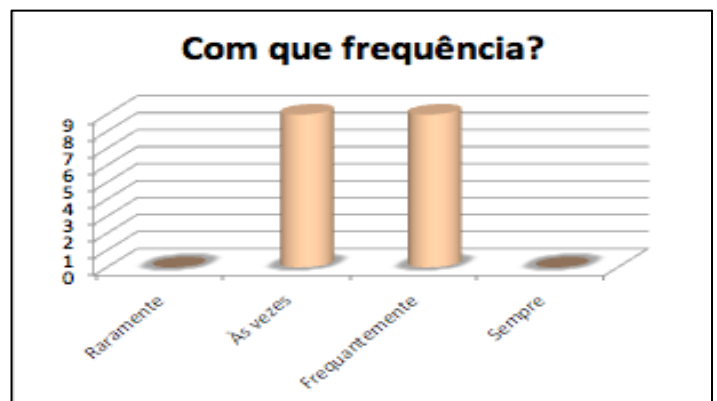


Gráfico 6 – Distribuição das respostas relacionadas com a frequência com que consideravam a sua resposta à questão anterior como afirmativa

- **Questão 2:** “Considera pertinente a referenciação dos DRC para Cuidados Paliativos?” A maioria dos indivíduos inquiridos responderam afirmativamente a esta questão (95%). Ou seja, apenas um dos inquiridos consideram não ser pertinente a referenciação dos DRC para CP (gráfico 7).

Os indivíduos que consideravam esta pertinência foram convidados a responder em que situações se deveria referenciar um DRC. A grande maioria (61%) considera pertinente a referenciação “Quando, no seu ponto de vista, o doente não beneficia com o início ou manutenção de uma TSFR” (gráfico 8).



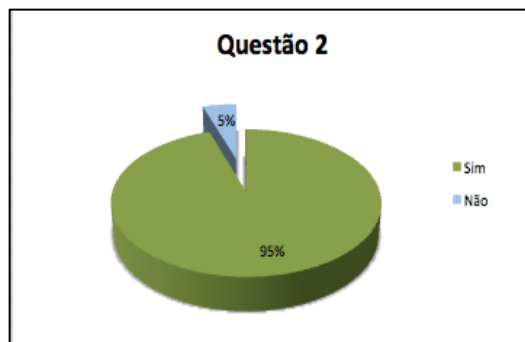


Gráfico 7 – Distribuição das respostas à questão 2

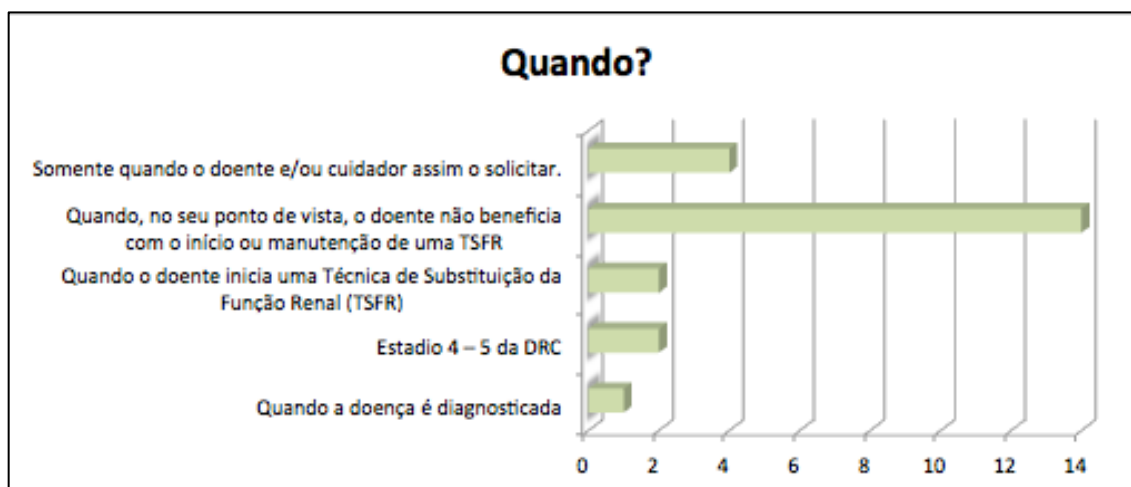


Gráfico 8 – Distribuição das respostas relacionadas com a pertinência de referência dos DRC para CP

Os gráficos anteriormente apresentados foram obtidos através das seguintes tabelas:

Questão 1						
	Sim	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1		1				
2	1			1		
3	1				1	
4	1				1	
5	1			1		
6	1			1		
7	1			1		
8	1			1		
9		1				
10	1			1		
11	1				1	
12	1			1		
13	1			1		
14	1				1	
15	1				1	
16	1				1	
17	1				1	
18	1				1	
19	1			1		
20	1				1	
<b>Total</b>	<b>18,00</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>0</b>

Questão 2							
	Sim	Não	a)	b)	c)	d)	e)
1	1						1
2	1					1	
3	1					1	
4	1				1		
5	1						1
6	1					1	
7	1					1	1
8	1					1	1
9	1				1		
10	1		1			1	
11		1					
12	1					1	
13	1			1			
14	1					1	
15	1					1	
16	1					1	
17	1					1	
18	1			1		1	
19	1					1	
20	1					1	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>4</b>

Tabelas 2 e 3 – Distribuição das respostas 1 e 2 (e das encadeadas no caso de se justificar).

## CONCLUSÕES

É evidente, pelas respostas obtidas na questão 1, que esta equipa entende que determinado DRC se encontra numa condição de saúde que nos leva a pensar que poderá estar no seu último ano de vida. No entanto, e ao contrário do que eu própria esperava, houve dois indivíduos que responderam negativamente. Curiosamente, e tal como se pode ver pormenorizadamente na tabela 1, estes indivíduos nada têm em comum. Diferem no género, idade, tempo de serviço e, inclusivamente, no tempo de serviço no local de trabalho, o que poderá significar que nenhuma destas variáveis seja diretamente responsável por esta resposta. Assim, surge a questão: o que poderá levá-los a terem esta diferente perspectiva da restante equipa?

Constatou-se, ainda, que um destes indivíduos, apesar de não pensar que o doente que tem ao seu cuidado possa estar no seu último ano de vida, considera que estes doentes devem ser referenciados para CP “somente quando o doente e/ou cuidador assim o solicitar” e o outro que deverá haver uma referenciação “quando o doente inicia uma Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR)”.

Ao elaborar este questionário estava longe de pensar que algum colega respondesse que não considera pertinente a referenciação destes doentes para CP. No entanto essa possibilidade veio a verificar-se, para minha grande surpresa. Mais surpreendida fiquei quando constatei que este mesmo colega, quando questionado sobre a frequência que considera que determinado doente possa estar no seu último ano de vida respondeu “frequentemente”. Isto levanta-me algumas questões:

- Terá o colega noção dos que são Cuidados Paliativos?
- Acreditará o colega na prestação de Cuidados Paliativos?
- Haverá alguma questão pessoal relacionada com Cuidados Paliativos?

No geral percebe-se que a equipa está desperta para a fragilidade em termos de saúde em que o DRC se poderá encontrar. A grande maioria considera a pertinência para a referenciação para CP. Verifica-se, no entanto,

uma maior variedade nas respostas de quando se deverá proceder a esta referenciação.

As respostas obtidas neste questionário sugerem que a equipa considera que os DRC deverão ser referenciados para Cuidados Paliativos. No entanto, como prestadores de cuidados a estes doentes na sala de hemodiálise será fundamental começar por compreender o que são, na realidade os Cuidados Paliativos. É fundamental saber que, mesmo não fazendo parte da equipa de Medicina Paliativa, ou seja, da equipa de Cuidados Paliativos, podemos sempre intervir junto dos doentes prestando ações paliativas e intervir junto da equipa médica alertando para as necessidades que aquela pessoa possa apresentar. Será precisamente sobre esta mesma noção que assentará a ação de formação junto dos pares, o que corresponde ao tema deste relatório de estágio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., ... Esperalba, J. (2011). Tool to identify Advanced-Terminal patients in need of palliative care within health and social services. *Catalan Institute of Oncology*, (November), 1–4.

## **Apêndice IX**

Formação em Contexto de Trabalho

“Prática de Ações Paliativas ao DRCT”



	Aluna	Ana Isabel Freitas
	Docente	Prof.ª Maria Saraiva
Atividade	Formação em Contexto de Trabalho	
Março, 2016	"Prática de Ações Paliativas ao DRCT"	



### Prática de Ações Paliativas ao DRCT

#### Objetivo Geral:

- Sensibilizar para a necessidade/importância da prestação de ações paliativas ao DRCT por parte do enfermeiro de nefrologia.

### Prática de Ações Paliativas ao DRCT

#### Objetivos Específicos:

- Dar a conhecer os Cuidados Paliativos;
- Dar a conhecer as Ações Paliativas;
- Sensibilizar os pares por forma a intervir junto da equipa médica, alertando para as necessidades (relacionadas com Cuidados/Ações Paliativas) que aquela pessoa possa apresentar;

## Enquadramento Teórico

- A prestação de cuidados paliativos à pessoa com DRCT é uma questão pouco ou nada abordada entre os nefrologistas, ou seja, os DRCT não são habitualmente referenciados para a Medicina Paliativa. (Thorsteinsdottir et al., 2012)
- Em Portugal, as pessoas com DRCT vivenciam esta condição...

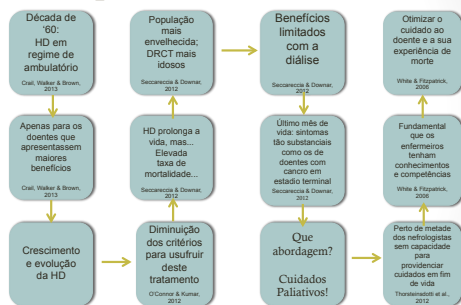
4

## Enquadramento Teórico

Apesar da existência de uma grande escassez de informações no que diz respeito à palição a pessoas com DRCT que interromperam diálise, é fundamental que os enfermeiros de nefrologia tenham conhecimentos e competências respeitantes aos cuidados paliativos por forma a otimizar o cuidado ao doente e a sua experiência de morte (White & Fitzpatrick, 2006).

5

## Enquadramento Teórico



6

## Enquadramento Teórico

### Portugal - ano de 2014:

- 18703 doentes sob uma TSFR, cuja idade média é > a 65 anos;
- 2473 doentes iniciaram uma TSFR, sendo que 18,33% tinha idade > a 85 anos;
- 8,96% dos doentes que iniciaram HD faleceram nos primeiros 90 dias;
- Mortalidade: 83,22% para doentes com idade > a 65 anos (SPN, 2015)

7

Não existe qualquer dado sobre referenciação de doentes para Cuidados Paliativos...

## Enquadramento Teórico

Doentes diagnosticados com cancro

— Principais beneficiários de Cuidados Paliativos —

Estudos demonstram que doentes com falência de órgãos, no seu estadio final, relatam sintomas e abordam questões semelhantes aos doentes com tumores.

Pessoas com DRCT (em diálise ou que a tenham descontinuado) também revelam sintomatologia similar aos doentes com cancro.

8

## Enquadramento Teórico

Sintomas comumente experienciados por pessoas com DRCT e pessoas com cancro:

- \* Fadiga;
- \* Dor;
- \* Boca seca;
- \* Alteração do palato;
- \* Tristeza;
- \* Irritabilidade.
- \* Dificuldade Respiratória;
- \* Tosse;
- \* Dormência das extremidades;
- \* Sensação de "inchaço";
- \* Preocupação.

9



## O que sabemos?

- Sempre existiram doentes que não iniciaram diálise ou a quem esta foi suspensa. No entanto, pouco se sabe acerca desta população;
- Os doentes com DRCT têm necessidades particulares à medida que se aproximam do fim de vida e beneficiariam com a introdução de Cuidados Paliativos;
- Enquanto alguns doentes com cancro recuperam, os DRC vivem e morrem com a sua doença.

10

Surge a questão:

**“Que cuidados paliativos se podem prestar à pessoa com DRCT em fim de vida?”**

11

## Formação

Por forma a obter conhecimentos e desenvolver conhecimentos na área da Enfermagem Paliativa optei por realizar um período de estágio:

- **Serviço de Medicina Paliativa do HSM**

Cenário muito relevante para aquisição de conhecimentos e competências na área dos CP e, quem sabe, iniciar um processo de sensibilização, junto da equipa multidisciplinar do serviço para a necessidade de CP aos DRCT.

12

## Cuidados Paliativos

Constituem uma abordagem com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, ao controlar sintomas, bem como ao ajudar a lidar com questões sociais, psicológicas e espirituais.

(WHO, 2015; Saini et al., 2006)

Os Cuidados Paliativos enfrentam um problema associado a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor.

(WHO, 2015)

13

## Cuidados Paliativos

A revisão do Plano Nacional de Cuidados Paliativos, por despacho da Ministra da Saúde, é aprovada a 29 de Março de 2010 (Direção Geral da Saúde, 2010), tendo-se adoptado a estratificação dos tipos de cuidados em quatro níveis.

Estes quatro níveis de cuidados distinguem-se entre si pela aptidão de responder a situações mais ou menos complexas e pela especialização e formação dos profissionais (Silva, 2014).

14

## 4 Níveis de Cuidados Paliativos

Ação Paliativa	Nível básico dos cuidados paliativos correspondendo à prestação de ações paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas.
Cuidados Paliativos Nível I	Prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos (prestados diretamente ou indiretamente dando apoio técnico a outras equipas). Podem ser prestados em vários regimes: internamento, ambulatório ou domicílio.
Cuidados Paliativos Nível II	Prestados por equipas multidisciplinares alargadas de forma direta e/ou de forma efetiva durante 24 horas. Os elementos que compõem a equipa devem ter formação diferenciada e os que desempenham funções de chefia, formação avançada em cuidados paliativos. Prestados por unidades de cuidados paliativos, com internamento próprio, podendo incluir o regime de ambulatório e domiciliário.
Cuidados Paliativos Nível III	Englobam os cuidados de nível II e têm recursos que permitem não só desenvolver programas estruturados e regulares de formação especializada como também a atividade regular de investigação em cuidados paliativos.

15

## Ações Paliativas

- Controlo de Sintomas
  - Reconhecer
  - Avaliar
  - Monitorizar
  - Tratar
- Comunicação;
- Apoio à família;
- Apoio à referência para equipas de cuidados paliativos;
- Registo das ações paliativas desenvolvidas;
- Prescrição de terapêutica adequada aos cuidados paliativos;
- Apoio na fase agónica;
- Escolha da via de administração de fármacos mais adequada;
- Medidas não farmacológicas.

Barroso, 2010, p.76

16

## Ações Paliativas

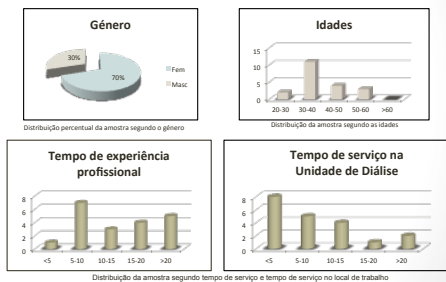
- Formação de todos os profissionais de saúde;
- Adoção de protocolos de abordagem sintomática;
- Avaliação de sintomas e sua monitorização;
- Alterações no espaço físico das instituições, para que a família possa participar ativamente na prestação de cuidados;
- “promoção e estabelecimento da continuidade dos cuidados; implementação de um efetivo trabalho em equipa multi e interdisciplinar, com reuniões regulares de discussão dos problemas dos doentes, família e da própria equipa...” (Capelas e Neto, 2010, p.795).

Capelas e Neto (2010)

17

## Questionários - resultados

### Caracterização da amostra:



18

## Questionários - resultados

### Respostas:

#### Questão 1:

“Quando recebe um doente renal crónico, por forma a prestar os cuidados a ele inerentes, alguma vez pensou que: “Não me surpreenderá que este doente venha a falecer em 12 meses?”



19

## Questionários - resultados

### Respostas:

Se sim, com que frequência?



Distribuição das respostas relacionadas com a frequência com que consideravam a sua resposta à questão anterior como afirmativa

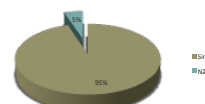
20

## Questionários - resultados

### Respostas:

#### Questão 2:

“Considera pertinente a referência dos DRC para Cuidados Paliativos?”

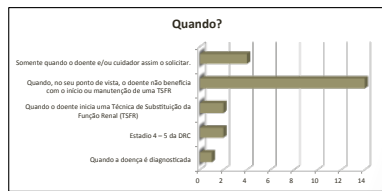


21

## Questionários - resultados

### Respostas:

Se sim, quando?



Distribuição das respostas relacionadas com a pertinência de referência dos DRC para CP

22

## Questionários - resultados

### Conclusões:

- 1 – A equipa entende que determinado DRC se encontra numa condição de saúde que nos leva a pensar que poderá estar no seu último ano de vida;
- 2 – Dois colegas responderam negativamente à questão 1. Verificou-se que nada têm em comum (género, idade, tempo de serviço ou tempo de serviço na HD);
- 3 – Estes mesmos colegas consideram pertinente a referência de destes doentes para os Cuidados Paliativos;
- 4 – Apenas um colega refere não considerar pertinente a referência dos DRC para Cuidados Paliativos.
- 5 – Verifica-se maior variedade na decisão de quando referenciar os doentes, no entanto a maioria considera "quando (...) o doente não beneficia com o início ou manutenção de uma TSFR".

23

## Questionários - resultados

### Conclusões – Questões a colocar:

- 1 – Porque consideram os colegas que não se deparam com doentes que poderão estar no seu último ano de vida?
- 2 – Porque considerará um colega que não existe pertinência na referência dos DRC para Cuidados Paliativos?
  - a) Terá o colega noção dos que são Cuidados Paliativos?
  - b) Acreditará o colega na prestação de Cuidados Paliativos?
  - c) Haverá alguma questão pessoal relacionada com Cuidados Paliativos?

24

## A DRC e os Cuidados Paliativos



No campo da Enfermagem:

- **Comunicação** – instrumento fundamental para o cuidado integral e humanizado, que permite:
  - Reconhecer e acolher as necessidades do doente;
  - Que o doente participe nas escolhas e dos cuidados específicos relacionados com a sua doença

França, Costa, Lopes, Nobrega, & França (2013)

25

## A DRC e os Cuidados Paliativos

- Na última década tem-se observado a integração dos Cuidados Paliativos na população sob HD.
- Muitas barreiras permanecem... Perto de metade (48,8%) dos nefrologistas não se sente competente para providenciar cuidados em fim de vida.
- A recorrência a unidades de cuidados paliativos continua baixa, mesmo para aqueles doentes que escolheram suspender a HD.

(Thorsteinsson et al., 2012)

26

## Conclusão

- É fundamental que os enfermeiros de nefrologia tenham conhecimentos e competências respeitantes aos cuidados paliativos por forma a otimizar o cuidado ao doente e a sua experiência de morte (Y. White & Fitzpatrick, 2006);
- As respostas obtidas neste questionário sugerem que a equipa considera que os DRC deverão ser referenciados para Cuidados Paliativos;
- Como prestadores de cuidados a estes doentes na sala de hemodiálise será fundamental começar por compreender o que são, na realidade os Cuidados Paliativos;
- Mesmo não fazendo parte da equipa de Medicina Paliativa, ou seja, da equipa de Cuidados Paliativos, podemos sempre intervir junto dos doentes prestando ações paliativas e intervir junto da equipa médica alertando para as necessidades que aquela pessoa possa apresentar.

27

## Referências Bibliográficas

- Barroso, R. (2010). *Condições Para O Desenvolvimento De Ações Palliativas Num Internamento De Agudos*. Universidade de Lisboa; Faculdade de Medicina de Lisboa; Universidade de Lisboa.
- Crall, S., Walker, R., & Brown, M. (2013). Renal supportive and palliative care: position statement. *Nephrology*, 18(6), 393–400. doi:10.1111/nep.12064
- França, J. R. F. D. S., Costa, S. F. G. Da, Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L. De, & França, I. S. X. De. (2013). Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica : enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(3).
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. doi:10.1089/jpm.2011.0207
- Saini, T., Murtagh, F. E. M., Dupont, P. J., McKinnon, P. M., Hatfield, P., & Saunders, Y. (2006). Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. *Palliative Medicine*, 20(6), 631–636. doi:10.1177/0269216306070236
- Seccareccia, D., & Downar, J. (2012). Should I go on dialysis , Doc ? *Palliative Care Files*, 58, 1353–1356.
- SPN. (2015). *Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crônica Estado V em Portugal*.
- Thorsteinsdottir, B., Swetz, K. M., Feely, M. a., Mueller, P. S., & Williams, A. W. (2012). Are there alternatives to hemodialysis for the elderly patient with end-stage renal failure? *Mayo Clinic Proceedings*, 87(6), 514–516. doi:10.1016/j.mayocp.2012.02.016
- White, Y., & Fitzpatrick, G. (2006). Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making. *EDNA/ERCA Journal (English Ed.)*, 32(2), 99–103. doi:10.1111/j.1755-6686.2006.tb00460.x
- World Health Organization. (2015). WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organization*, 1–2. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>

Obrigada!